

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 1924

**THÈSE**

N°

présentée pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

**P. I. YAKOVLEV**

né le 28 Décembre 1894, Russie

à Witevska

# ASSOCIATION PITHIATO-ORGANIQUE

Origine, nature, portée clinique  
de l'élément pithiatique surajouté aux différents  
syndromes organiques principalement du système  
nerveux et la méthode d'observation objective  
du symptomocomplexe pithiato-organique.

---

*Président : M. Ch. ACHARD, Professeur*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL

1924



Année 1924

**THÈSE**

No

présentée pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

**P. - I. YAKOVLEV**

né le 28 Décembre 1894, Russie

à Witevska

# ASSOCIATION PITHIATO-ORGANIQUE

Origine, nature, portée clinique  
de l'élément pithiatique surajouté aux différents  
syndromes organiques principalement du système  
nerveux et la méthode d'observation objective  
du symptomocomplexe pithiato-organique.

---

*Président : M. Ch. ACHARD, Professeur*

PARIS  
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE  
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL

—  
1924

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN .....

M ROGER

## PROFESSEURS

Anatomie .....  
Anatomie médico-chirurgicale .....  
Physiologie .....  
Physique médicale .....  
Chimie organique et chimie générale .....  
Bactériologie .....  
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....  
Pathologie et thérapeutique générales .....  
Pathologie médicale .....  
Pathologie chirurgicale .....  
Anatomie pathologique .....  
Histologie .....  
Pharmacologie et matière médicale .....  
Thérapeutique .....  
Hygiène .....  
Médecine légale .....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie ....  
Pathologie expérimentale et comparée .....

MM.  
NICOLAS.  
CUNEO.  
Ch. RICHET.  
André BROCA.  
DESGREZ.  
BEZANÇON.  
BRUMPT.  
Marcel LABBE.

LECENE.  
LETULLE  
PRENANT.  
RICHAUD.  
CARNOT.  
BERNARD.  
BALTHAZARD.  
MENETRIER.  
ROGER.  
ACHARD.  
WIDAL.  
GILBERT.  
CHAUFFARD.  
MARFAN.  
NOBECOURT.

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance..  
Clinique des maladies des enfants .....  
Clinique des maladies mentales et des mala-  
dies de l'encéphale .....  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.  
Clinique des maladies du système nerveux ..  
Clinique des maladies contagieuses .....

CLAUDE.  
JEANSELME.  
P. MARIE.  
TEISSIER.  
DELBEI.  
LEJARS.  
HARTMANN.  
GOSSET.  
De LAPERSONNE.  
LEGUEU.  
BRINDEAU.  
COUVELAIRE.  
JEANNIN  
J.-L. FAURE

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....  
Clinique des maladies des voies urinaires .....

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique .....  
Clinique chirurgicale infantile .....  
Clinique thérapeutique .....  
Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
Clinique propédeutique .....

Auguste BROCA.  
VAQUEZ.  
SEBILLEAU  
DUVAL.  
SERGENT

R. UNIV.  
BIBLIOTHEEK  
LEIDEN

## AGREGES EN EXERCICE

MM.  
ASRAMI  
ALGLAVE  
BASSET  
BAUDOUIN  
BLANCHETIERE  
BRANCA  
CAMUS  
CHAMPY  
CHEVASSU  
CHIRAY  
CLERC  
DEBRE  
DESMAREST

MM.  
DUVOIR  
PIESSINGER  
CARNIER  
GOUGEROT  
GREGOIRE  
GUENIOT  
GUILLAIN  
HEITZ-BOYER  
JOYEUX.  
LABBE (Henri)  
LAIGNEL-LAVASTINE  
LANGLOIS  
LARDENNOIS

MM.  
LE LORIER  
LEMIERRE  
LEQUEUX  
LEREBoullet  
LERI  
LEVY-SOLAL  
MATHIEU  
METZGER  
MOCQUOT  
MULON  
PHILIBERT  
RATHERY

MM.  
REITTERER  
RIBIERRE  
RICHAUD  
ROUSSY  
ROUVIERE  
SCHWARTZ  
STROHL  
TANON  
TERRIEN  
VILLARET  
TIFFENEAU

—o—

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur J. BABINSKI,

*Qui a bien voulu m'accorder l'hospitalité  
dans son service (1921-1924).*

A Monsieur le Professeur Ch. ACHARD,

*Qui a bien voulu accepter la Présidence  
de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur J. JARKOWSKI,

*Qui a bien voulu me donner des conseils  
au cours de préparation de ce travail.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION.

---

Ce travail est le résultat de nos impressions cliniques recueillies au cours des consultations de M. Babinski et notamment de son enseignement sur le rôle du facteur psychique en clinique neurologique.

La méthode que M. Babinski a introduite dans l'examen des malades nous a frappé par sa ressemblance avec les principes d'expérimentation institués par M. Pavlov de Pétrograd dans ses études des réflexes dits conditionnels. La précision et l'objectivité de l'observation doivent être les bases de la physiologie expérimentale du système nerveux. Ce sont ces mêmes principes (que M. Babinski s'efforce à inculquer à ses élèves) qui sont à la base de la méthode neurologique de M. Babinski.

Le facteur psychique est la principale cause d'erreurs aussi bien en clinique neurologique, que dans un laboratoire de physiologie du système nerveux.

L'observateur voit plutôt ce qu'il veut voir, il trouve plutôt ce qu'il cherche. Le malade, objet d'observation du clinicien, ainsi que l'animal expérimental du physiologiste, est, à l'insu de l'observateur, sous l'influence de toutes sortes d'excitateurs conditionnels, qui lui viennent du monde extérieur. Contrôler soi-même et escompter les réactions de l'ob-

servé à leur valeur réelle doit donc être la préoccupation essentielle de l'observateur qui veut éviter des erreurs grossières.

Le facteur psychique qui intervient dans l'étude clinique peut être de nature différente. Il est représenté, dans sa partie la plus importante par le pithiatisme, ou autrement dit, par les phénomènes dus à la suggestibilité et à la suggestion.

Depuis que M. Babinski a montré comment la suggestibilité et la suggestion ont pu amener les cliniciens éminents à des erreurs d'interprétation, telles, par exemple, que la doctrine sur la nature psychique des stigmates hystériques, on est devenu plus soucieux d'éviter la suggestion et d'escompter la suggestibilité pendant l'examen des malades.

La notion du pithiatisme doit être connue de tous les médecins. Sans cette connaissance leur diagnostic sera fréquemment exposé à des erreurs d'interprétation, analogues à celles qui ont été commises dans le temps où l'hystérie était une « boîte à ordure » (Lassègue), dans laquelle on jetait tout ce qui ne se classait pas sous les étiquettes cliniques classiques.

La notion du pithiatisme a produit une influence bienfaisante sur la neurologie clinique notamment parce qu'elle a placé le clinicien sur le terrain ferme vis-à-vis de l'hystérie. Cette notion a contribué largement à établir la différenciation scientifique entre les phénomènes cliniques, qui sont dus à une affection organique et des phénomènes de nature psychique.

On peut considérer qu'aucun symptomocomplexe clinique n'est jamais entièrement psychique, ni en-

tièrement organique, mais les phénomènes des deux natures s'y entremêlent avec la prédominance tantôt de l'un, tantôt de l'autre côté. I. Pavlov considère l'organisme animal comme un système extrêmement labile qui, à force de la nécessité vitale, est obligé d'entretenir constamment son équilibre avec l'ambiance (Babkine). L'organisme lui-même fait partie intégrale de cette ambiance. Chaque processus d'excitation qui se produit dans ce système, produit nécessairement une réaction et dans cette réaction l'organisme animal participe *tout entier*.

On conçoit donc que la portée pratique de la différenciation des phénomènes de ces deux natures est incalculable en neurologie clinique.

Dans notre travail nous nous proposons d'étudier le symptomocomplexe clinique caractérisé par une association de l'élément pithiatique avec une affection organique du système nerveux.

Le terme *association* pourrait prêter à la confusion ; on pourrait croire qu'il s'agit d'une coexistence accidentelle de phénomènes des deux natures, mais il n'est pas toujours ainsi : les phénomènes organiques et les phénomènes pithiatiques vont généralement de pair, intimement liés les uns aux autres ; et c'est ceci que nous comprenons dans notre travail sous les mots d'association pithiato-organique.

La notion de l'association pithiato-organique n'est pas nouvelle. Elle est une substitution directe à la notion de l'association hystéro-organique du temps de Charcot. Dans les deux cas, les faits cliniques sont restés les mêmes, mais leur interprétation est

toute différente. « L'hystérie n'a pas changé, mais l'observateur l'observe autrement. » (Babinski).

Il nous semble bon de faire tout d'abord un bref aperçu de l'évolution de la question en étude.

On connaît la confusion qui existait avant Charcot dans les idées sur l'hystérie. La doctrine de Charcot semblait avoir résolu le problème, elle avait rallié les opinions des médecins sur la Grande Névrose presque partout où le nom du célèbre neurologiste était connu .

Le point essentiel de la doctrine de l'école de la Salpêtrière est constitué par la notion des *stygmates* permanents de l'hystérie. Sous les *stygmates* on entendait les phénomènes physiques constants qui existaient chez les personnes hystériques, même en dehors des manifestations passagères de la névrose telles, par exemple, que les crises, les paralysies, les contractions, etc. Les principales de ces *stygmates* de l'hystérie étaient : le rétrécissement bilatéral du champ visuel, anesthésie cutanée aux différents modes de sensibilité avec distribution topographique spéciale (il existait plusieurs modalités), abolition de réflexe pharyngé avec anesthésie du pharynx. A part le caractère de fixité qui leur était propre, les « *stygmates* » avaient une autre particularité clinique, qui est à noter, c'est leur existence à l'insu du malade. L'hystérique ne s'apercevait pas du rétrécissement du champ visuel, ni de l'anesthésie, ni d'aucun autre *stygmate*, par exemple, de la sensation d'un clou dans sa tête, avant que le médecin n'attirât son attention sur ces phénomènes. Donc, c'était la charge du méde-

cin de rechercher et de trouver les stigmates de l'hystérie.

Comme nous voyons, la doctrine de Charcot négligeait d'une façon étonnante le rôle du facteur psychique subjectif, qui actuellement est pour nous l'essentiel dans tout travail clinique. Charcot reconnaissait que les hystériques sont en général très suggestionnables, mais ce fait, il le subordonnait aussi à l'hystérie. Les hystériques étaient considérés comme suggestionnables parce qu'ils étaient hystériques.

Bernheim (de Nancy) s'opposa le premier à la doctrine de Charcot. Bernheim a mis en doute la nature physique des stigmates de l'hystérie. Il a déplacé le centre du problème de l'hystérie. Pour lui c'était la suggestion qui créait les stigmates. Mais si Charcot négligeait trop le rôle de la suggestion, Bernheim tomba dans l'autre extrême. Si pour l'école de la Salpêtrière tout était hystérie et tout était possible pour l'hystérie, pour l'école de Nancy au contraire, tout était suggestion et tout était possible pour la suggestion.

La vive discussion qui s'ensuivit entre les deux écoles a ouvert le chemin à une nouvelle conception de l'hystérie. Le mouvement d'idées nouvelles commence à se dessiner dès les premières publications de M. Babinski et se poursuit depuis cette époque avec un succès croissant malgré la résistance que ces idées rencontrent dans certains milieux scientifiques, et aboutit au « démembrement de l'hystérie de Charcot », (1907).

La conception de l'hystérie selon M. Babinski se formule ainsi :

1° L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

2° Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de persuasion.

3° Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont entièrement subordonnés à des troubles primitifs.

Cette définition de l'hystérie donnée par M. Babinski dans la séance de la Société de Neurologie de Paris le 7 novembre 1901 se résume dans le terme de « pithiatisme » : l'ensemble de phénomènes guérissables par suggestion.

Si avant la dernière guerre la conception de l'hystérie, en tant que pithiatisme, était admise par la plupart des neurologistes français, ce n'est qu'après la grande guerre qu'elle est devenue, pour ainsi dire, classique dans le monde entier. La guerre mondiale a fourni à la conception moderne de l'hystérie à la fois un champ d'expérience sans précédent et un milieu de propagation extrêmement favorable : la guerre a fourni en masse les preuves de la justesse de la conception du pithiatisme de Babinski et avec les médecins des armées alliées, venus en France pendant la

guerre, ces idées se sont répandues jusqu'aux pays les plus éloignés.

La conception de l'hystérie en tant que pithiatisme a eu ses adversaires passionnés. On lit encore de temps en temps des publications tendant à faire une brèche dans cette conception. Il ne nous appartient pas de prendre part à cette polémique. Nous nous bornerons seulement à mentionner la formule générale des objections, adressées à la conception de l'hystérie-pithiatisme. On objecte que le pithiatisme n'est pas toute l'hystérie et que par conséquent la définition de Babinski n'est pas suffisante. On insiste sur le fond mental des hystériques et on tend à considérer l'hystérie comme une maladie mentale. Les manifestations hystériques ne sont que les symptômes de cette maladie mentale. Ces symptômes, dit-on, ne sont pas toujours d'origine suggestive. En ce qui concerne par exemple les crises hystériques elles peuvent être « spontanées ». La guérison des manifestations hystériques ne guérit pas l'hystérie qui reste.

Ces attaques sont dirigées principalement du côté de la psychopathologie. Nous empruntons la meilleure réponse à ces objections à M. Chaslin. (*Eléments de sémiologie des maladies mentales.*)

« L'hystérie est-elle une affection mentale ?

Cette démolition de l'hystérie par l'œuvre de Babinski porte-t-elle sur le côté « psychiatrique » ? Peut-on ajouter avec Meige : « Finie aussi la folie hystérique sous toutes ces formes » ?

« Les uns pensent que oui ! L'hystérie est seulement le pithiatisme, ce n'est pas une maladie mentale,

puisque tous peuvent avoir des manifestations pithiatiques, mais ça ne suffit pas pour les reconnaître comme des malades mentaux. »

« Les autres disent que non, l'hystérie est une maladie mentale, et deviennent hystériques-pithiatiques seulement ceux qui y sont prédisposés, que ces malades, à part leur suggestibilité, ont des traits spéciaux de caractère autre que suggestibilité (mensonge, instabilité d'humeur) ».

« Il s'agit de s'entendre », dit M. Chaslin.

« Il est probable que dans cette folie hystérique on a compris des choses, qui n'en étaient point : bien des cas de stupeur hystérique, de somnambulisme bizarre avec catalepsie doivent être rattachés à la folie discordante, à la catatonie, à la catalepsie symptomatique des infections, etc... » « Mais il reste pourtant de la vraie « folie hystérique », car l'argumentation de Babinski renverse la doctrine physique de Charcot, mais renforce le côté mental, si je puis dire, puisque tout est devenu mental. »

« L'hystérie est une affection mentale », conclut M. Chaslin, « mais les éléments psychiques formant cette affection sont toujours, comme ses manifestations fonctionnelles, d'origine suggestive. »

« Le même malade hystérique, après comme avant Babinski, est un hystérique. Seulement depuis cet auteur, ses paralysies, contractures, attaques, etc., tout comme son délire de rêve, sont dus à la suggestion ou à l'auto-suggestion. »

La même évolution d'idées sur l'hystérie, d'où est sortie la notion du pithiatisme, a donné naissance éga-

lement à la notion d'association pithiato-organique. A l'époque où l'hystérie de Charcot dominait la clinique, on étudie l'hystérie en tant qu'une névrose protéiforme qui est capable de changer constamment d'aspect et de forme : on l'appelle la grande simulatrice des maladies organiques. Charcot dans ses « Leçons du Mardi » parle souvent de l'association de l'hystérie à d'autres affections et attire l'attention sur les formes mixtes hystéro-organiques : « Les symptômes, dit-il, relatifs à chacune des deux affections (hystérie et affection organique) peuvent se combiner de manière à constituer un métis pathologique, plus fréquemment qu'on ne le croit, dont l'histoire doit être bien connue du médecin. »

En 1892 M. Babinski a fait une communication dans la Société des Hôpitaux de Paris sur « l'association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. »

Charcot et presque tous les autres auteurs regardaient à cette époque l'association hystéro-organique comme en quelque sorte, un jeu du hasard dans lequel l'hystérie, selon l'expression de M. A. Charpentier, « sautait à cheval » sur un syndrome organique donné, puis le quittait d'une façon aussi inexplicable, comme elle était venue, puis revenait de nouveau sous une forme nouvelle ; au contraire, dans la communication susmentionnée de M. Babinski on trouve déjà la place importante qu'il attribue au rôle de la suggestion en qualité de critère de phénomènes hystériques surajoutés à des affections organiques, et en qualité de facteur de cette association elle-même.

« Elles (ces associations), a dit M. Babinski, peuvent être méconnues, soit que les phénomènes hystériques occupent le premier plan du tableau symptomatique et masquent ainsi l'affection concomitante, soit que celle-ci, tout au contraire, absorbe complètement l'attention de l'observateur, ce qui a lieu surtout quand il s'agit de manifestations de la petite hystérie. Or, en négligeant ainsi l'un ou l'autre des deux facteurs en présence, on s'expose à commettre des fautes de thérapeutique et de graves erreurs d'interprétation... »

« Il est donc essentiel d'être toujours préoccupé de la possibilité de ces associations et de chercher à démêler dans les cas de ce genre ce qui appartient à chacun des deux facteurs : c'est là il est vrai, une tâche qui peut être parfois fort difficile. »

La guerre 1914-1918 a fait de l'association hystéro-organique un phénomène d'observation des plus banals. Le domaine des psychonévroses de guerre dans sa partie représentée par l'hystérie ou pithiatisme (il est possible que dans ce domaine il n'y ait que du pithiatisme) est extrêmement riche en associations pithiato-organiques. Les « sinistroses » de guerre, les névroses traumatiques en majorité de cas peuvent être regardées comme des cas d'association pithiato-organique. Si on n'est pas en droit de dire sûrement que les troubles physiopathiques, décrits par MM. Babinski et Froment sous le titre de troubles nerveux d'ordre réflexe, sont toujours les associations pithiato-organiques, il est permis de dire que le domaine de

ces troubles est extrêmement favorable à l'association de cette nature.

---

Ainsi l'étude d'associations pithiato-organiques est d'un intérêt incontestable à plusieurs points de vue :

L'association pithiato-organique est un phénomène clinique d'une observation fréquente dans tous les domaines de pathologie, de la pathologie nerveuse surtout.

C'est un phénomène clinique dont l'importance est singulièrement accrue depuis que la notion du pithiatisme a remplacé en clinique, l'ancienne conception de l'hystérie de Charcot.

La nature et les origines de l'association pithiato-organique, ainsi que sa portée pratique sont les principales raisons de l'application rigoureuse de la méthode clinique instituée par M. Babinski.

En compte final l'étude d'associations pithiato-organiques est un remarquable moyen didactique pour l'enseignement de l'observation objective en neurologie clinique.

---



**Étude analitique de l'association  
pithiato-organique au point de vue de  
chacun des deux éléments  
qui la constituent.**

---

Ainsi que l'indique déjà ce terme, l'association pithiato-organique est une combinaison de deux éléments de nature très différente. L'élément pithiatique, comme nous l'avons dit, est représenté par toute sorte de phénomènes d'origine psychique, conditionnés par la suggestibilité du malade et provoqués par la suggestion (hétéro ou auto-suggestion) qui agit sur lui. L'élément organique de l'association est représenté par le syndrome de l'affection organique, un syndrome sur lequel vont se greffer les phénomènes pithiatiques surajoutés.

Nous avons choisi pour l'étude de ces deux éléments différents une méthode analytique suivant le principe de quantité et de qualité de chacun de ces deux éléments, participant à l'association. Une telle méthode, malgré qu'elle souffre des inconvénients inhérents à toute schématisation, a l'avantage de nous permettre

de saisir dans l'ensemble un si vaste sujet que le nôtre.

Nous sommes obligés, également, d'être soucieux de la précision de notre terminologie. Dans cet ordre d'idées nous allons rattacher le terme de *symptomo-complexe* à tout ensemble de phénomènes physiques et de phénomènes pithiatiques d'une association. les premiers traduisant cliniquement un trouble organique, les seconds psychiques, surajoutés aux premiers. Nous désignerons sous le terme de *syndrome organique* l'ensemble des symptômes physiques objectivement appréciables d'une affection organique. Ainsi nous éviterons toute confusion possible entre le tout de l'association d'un côté et l'élément organique de cette association d'un autre côté.

---

I.

**Association pithiato-organique au point de vue  
de l'élément pithiatique surajouté.**

L'élément pithiatique surajouté à un syndrome organique est caractérisé par sa variabilité d'un malade à l'autre et d'un moment à l'autre chez le même malade. Les variations de l'élément pithiatique peuvent être étudiées dans le sens de quantité, c'est-à-dire d'intensité et d'expansion des phénomènes pithiatiques surajoutés à un syndrome organique, et dans le sens de qualité de ces phénomènes, c'est-à-dire :

1° suivant leur caractère individuel en rapport avec la personnalité du malade; 2° suivant leur localisation et leur forme clinique en rapport avec l'affection organique dont souffre le malade.

A. — *Quantativement* l'élément pithiatique surajouté dépend de l'état d'exaltation, de la suggestibilité du malade d'un côté et de la force de suggestion qui agit sur lui de l'autre côté. Le jeu de ces deux conditions détermine le degré d'intensité et d'expansion des phénomènes pithiatiques représentant cet élément psychique surajouté.

L'exaltation de la suggestibilité du malade peut être constitutionnelle ou accidentelle. Nous employons la notion d'exaltation constitutionnelle de la suggestibilité dans le sens relatif. Nous appelons une personne comme suggestionnable constitutionnellement, lorsque nous pouvons constater chez elle de tout temps et dans toutes conditions la tendance à des manifestations pithiatiques. C'est une personne chez laquelle on retrouve habituellement dans les antécédents les accidents pithiatiques plus ou moins graves. Mais en parlant d'exaltation constitutionnelle de la suggestibilité, nous nous abstenons de préjuger sur la nature et l'origine de cette constitution suggestionnable. Une telle constitution peut être héréditaire, ou être la suite de misères physiques et morales subies par l'individu au moment du développement, ou enfin, provenir d'une mauvaise éducation, d'une mauvaise hygiène mentale de l'enfance, qui nous semble la cause très fréquente de l'hystérie ou du tempérament dit « hys-

térique ». Dans certains cas cette exaltation constitutionnelle de la suggestibilité peut acquérir la signification d'une vraie maladie mentale. Certainement, dans ces cas personne ne trouvera d'objections contre l'opinion que les malades atteints de cette suggestibilité grave sont des malades mentaux. Mais c'est dans ce sens seulement qu'on peut parler de l'hystérie comme d'une maladie mentale. Ordinairement les malades pareils présentent à côté de l'exaltation de la suggestibilité d'autres symptômes de déséquilibre mental grave. Le plus souvent on aura le droit de classer ces malades dans les groupes de schizophrénie (Bleuler, Minkowski), de folie discordante (Chaslin), ou d'hébéphrénie (Kraepelin, Reynaud).

Toute personne, même d'apparence la plus équilibrée peut présenter accidentellement l'exaltation de sa suggestibilité et, par conséquent, peut devenir apte à des manifestations pithiatiques, mais elle le devient seulement dans les conditions spéciales. Ces conditions sont de deux natures. Tout d'abord une personne normale peut devenir plus suggestionnable du fait d'un intérêt personnel quelconque, qui diminue sa résistance à l'auto ou hétéro-suggestion et favorise l'éclosion de phénomènes pithiatiques dans le sens de cet intérêt souvent subconscient. C'est là le cas banal des accidents du travail ou des blessures de guerre.

De l'autre côté la fatigue, le surmenage physique et moral, les misères et en compte final les maladies organiques agissent sur la mentalité humaine, en la mettant hors de l'équilibre habituel.

Souvent, peut-être toujours, les deux facteurs, in-

térêt conscient ou subconscient et la maladie organique, interviennent simultanément, étroitement liés l'un à l'autre. Mais la maladie organique, comme nous le verrons plus loin, contient déjà en elle-même la cause importante d'exaltation de la suggestibilité.

Les travaux de Hurst et de ses élèves, basés en majeure partie sur l'expérience de la grande guerre, ont démontré avec une objectivité remarquable, que l'hystérie (1) se greffe presque fatalement sur toutes les affections organiques et en particulier sur les troubles organiques de l'appareil de relation, du système nerveux en général, de l'appareil de locomotion, de l'appareil visuel, auditif, du langage, etc.

D'après Hurst les manifestations hystériques surviennent avec la même facilité, pas seulement chez des personnes hystériques par constitution, c'est-à-dire, de tout temps connues comme telles, mais chez toutes les personnes, même les plus équilibrées dans leur vie ordinaires, si seulement ces personnes se trouvent dans des conditions propres à provoquer l'exaltation de leur suggestibilité.

Parmi ces conditions agissant ainsi sur la mentalité humaine, à part celles dont nous avons parlé plus haut, il faut donner une place importante, surtout en temps de guerre, aux menaces répétées et réelles à la vie, qui tiennent longtemps en excitation l'instinct de conservation.

---

(1) M. Hurst maintient dans sa terminologie le mot hystérie par respect pour la tradition, mais lui et ses élèves interprètent l'hystérie entièrement dans l'esprit de la notion du pathiatisme.

Ainsi les émotions répétées de la guerre, sans jamais donner place à des phénomènes pithiatiques au moment même quand elles envahissent l'âme humaine (Babinski), peuvent agir à la longue en désagrégeant la personnalité, diminuant l'efficacité du contrôle inhibitoire du sens critique de la réalité. L'automatisme psychique s'exalte alors, y compris la suggestibilité.

Passons maintenant à une autre condition qui détermine l'association de l'élément pithiatique à l'affection organique en agissant dans le sens quantitatif sur le premier.

La suggestion peut provenir du malade lui-même (auto-suggestion), du médecin, ou de l'entourage (hétéro-suggestion). Il n'arrive que rarement que la suggestion déterminant l'association de l'élément pithiatique à l'affection organique soit d'origine unique, c'est-à-dire, qu'elle soit représentée seulement par l'auto-suggestion ou seulement par hétéro-suggestion. Le plus souvent la suggestion vient à la fois et du malade et de l'entourage, entre autres, du médecin. Les termes auto-suggestion ou hétéro-suggestion ne peuvent donc être employés que dans le sens relatif de la prédominance plus ou moins grande du facteur personnel, ou du facteur hétérogène.

La suggestion de provenance personnelle (auto-suggestion) est mise en action par la volonté du malade, d'abord consciente, puis devenue subconsciente (si on veut, par le mécanisme analogue au « refoulement » de Freud) ou d'emblée subconsciente. Telle est au moins la thèse de certains auteurs allemands.

Bonhœfer considère que devient hystérique celui, qui le veut (1). Cette formule, un peu trop absolue, nous semble vraie au fond. L'élément volontaire subconscient de l'intérêt personnel est incontestable dans nombre de cas d'associations pithiato-organiques. Ce sont l'aggravation des symptômes de la maladie organique, l'annexion de symptômes purement fonctionnels, la perpétuation de l'impotence après la guérison relative de l'affection causale, etc. Mais nous nous abstenons d'attribuer l'élément pithiatique surajouté uniquement à la volonté subconsciente du malade. Nombreux sont les cas où il est difficile, sinon impossible, de découvrir chez le malade l'intérêt personnel qui l'inciterait à des manifestations pithiatiques. Dans certains cas la peur d'infirmité (idée obsédante de cette infirmité) à elle seule et manifestement contre tout intérêt du malade, provoque l'aggravation des symptômes physiques de l'affection et détermine une impotence fonctionnelle non justifiée par la lésion organique. Dans ce cas on est forcément obligé de recourir à des notions autres que l'intérêt personnel du malade, pour expliquer le mécanisme psychologique de ces phénomènes pithiatiques surajoutés. Parfois, par exemple, on est porté à penser que l'instinct de conservation agit chez le malade d'une façon inadé-

---

(1) Pour les auteurs allemands le rôle de la suggestion dans la production des phénomènes hystériques est incontestable, mais le facteur tel que la volonté du malade, est prédominant. Chacun peut devenir hystérique s'il a l'intérêt quelconque pour avoir des phénomènes hystériques : tel est le cas de gens normaux ; mais les dégénérés deviennent ou sont hystériques par l'exaltation de la suggestibilité en premier lieu. (Reichardt).

quate, c'est-à-dire en désaccord avec la réalité, surtout chez les malades à constitution psychopatique (1).

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de connaître, c'est que tous ces facteurs, intérêt personnel ou volonté, instinct de conservation, fixation de l'attention sur la maladie, tous agissent dans le même sens, en exaltant la suggestibilité du malade et en provoquant des phénomènes pithiatiques surajoutés par auto-suggestion .

Le facteur hétérogène de l'élément pithiatique surajouté, l'hétéro-suggestion, est représenté par l'influence suggestive de l'entourage du malade et du médecin qui le traite.

L'influence suggestive de l'entourage du malade atteint d'une affection organique est incontestable et d'une observation courante.

Tantôt les phénomènes pithiatiques surajoutés sont dûs à l'influence des autres malades qui se trouvent dans la même salle d'hôpital. On connaît qu'elle importance attribuent les auteurs sans distinction d'opinions, à la création d'une atmosphère de guérison dans les établissements destinés à la cure rapide du pithiatisme de guerre. En l'absence de cette atmosphère les phénomènes pithiatiques se répandent d'un malade à l'autre comme une véritable contagion. Dans

---

(1) On se rappellera que l'acte de suicide dans beaucoup de cas est considéré comme une perversion de l'instinct de conservation : la peur de mourir ou l'imagination d'un malheur qui doit leur survenir, provoque chez certains malades mentaux l'impulsion de suicide.

les salles communes des hôpitaux ce facteur interpsychique exerce une action constante.

Tantôt c'est la famille du malade, ses proches, par l'intérêt excessif porté à sa maladie, qui éveillent chez lui l'idée d'une impotence qui n'est pas justifiée par son état physique, lui suggèrent des symptômes qui n'ont pas de raison d'être dans son affection organique.

Ainsi le principe d'isolement des hystériques est entièrement justifié par la nécessité de soustraire le malade à l'influence néfaste de son entourage.

Le médecin, s'il n'y prend pas garde, devient une source de suggestion active et intarissable qui crée chez le malade atteint d'une affection organique des phénomènes pithiatiques surajoutés. L'origine médicale des stygmates de l'hystérie a été envisagée déjà par Bernheim. A M. Babinski revient le mérite d'avoir apprécié toute la portée clinique de cette source de suggestion, d'avoir introduit dans sa méthode d'examen clinique, les précautions permettant de l'éviter.

Le médecin peut suggestionner un malade organique par son attitude maladroite. Les exemples très habituels d'une telle maladresse médicale sont les conversations inutiles et inconsiderées sur la médecine devant le malade et sa famille. Mais le plus souvent le malade est suggestionné pendant l'examen fait avec une mauvaise méthode, par l'interrogatoire non réfléchi, en particulier.

Parfois, enfin c'est le médecin qui est suggestionné le premier lorsque il se laisse influencer par la famille ou par le malade lui-même, et accepte sans contrôle

leurs déclarations : il ne fait alors que renforcer la suggestion par l'autorité de son titre professionnel.

Tels sont en grandes lignes les facteurs-principaux déterminant l'association de l'élément pithiatique à l'affection organique et agissant sur cet élément pithiatique dans le sens quantitatif suivant l'état de la suggestibilité du malade et suivant l'intensité de suggestion qu'il subit.

B. — *Qualitativement* l'élément pithiatique surajouté à une affection organique est variable, d'une part suivant la personnalité du malade, suivant la localisation et la forme clinique de l'affection organique de l'autre.

1° Le caractère individuel des phénomènes pithiatiques surajoutés à une affection organique, l'interprétation que leur donne le malade lui-même, sa façon de présenter ces phénomènes pithiatiques, dépendent entièrement de la structure de la personnalité du malade.

Le développement intellectuel du malade, le niveau de son instruction, le milieu social d'où il provient, sa profession, son âge, son sexe, même sa race, tous ces facteurs apportent un notable cachet individuel à l'élément pithiatique surajouté.

On conçoit, par exemple, qu'un jeune étudiant en médecine de tempérament un peu imaginaire, étant atteint de parésie passagère du bras droit, séquelle de poliomyélite aiguë fruste, fasse pendant l'examen un peu de coquetterie sans s'en apercevoir d'ailleurs ; l'histoire de sa maladie est racontée en couleurs vi-

ves, elle est riche en notions de pathologie, le plus souvent inutiles. L'impotence de son bras est un peu trop démonstrative. De cet élément psychique surajouté, seulement ébauché dans notre cas, il n'y a qu'un pas à faire vers les phénomènes pithiatiques et ce pas est très facile à franchir pour les malades suggestionnables.

L'abbé M... souffre de laryngite peu grave. Il est très scrupuleux dans ses devoirs professionnels et se sent préoccupé au sujet de son sermon du lendemain. Le lendemain l'abbé M... devient complètement aphone. La nature pithiatique de cette aphonie surajoutée à une laryngite a été incontestable puisque le malade a été guéri de l'aphonie en une séance de contre-suggestion. Le facteur professionnel intervient manifestement dans la production de cette association pithiatio-organique.

Un danseur S... qui souffrait toujours de pharyngolaryngite chronique, malgré son tempérament manifestement suggestionnable, qui certainement lui vaudrait en temps de Charcot l'épithète d'un hystérique, n'a jamais eu d'aphonie. Peut-être l'aurait-il eue s'il était artiste dramatique. Mais justement ce même danseur a été frappé au mollet au cours d'une répétition de ballet, contusion sans aucune importance. Mais l'impotence considérable pithiatique se surajoute. Le danseur se voit obligé, à son grand désolément, de manquer la représentation, où d'ailleurs, il aurait dû avoir un concurrent manifestement indésirable.

Dans ces deux cas on peut dire que l'abbé M... a eu plus de penchant pour une aphonie et le danseur de

ballet S..., tout au contraire, pour une boiterie, quoique évidemment, le malade S... peut devenir aphone à la suite de sa laryngite et le malade M... peut avoir l'impotence pithiatique d'une jambe à la suite d'une contusion légère.

Plus le niveau intellectuel du malade est élevé, plus les phénomènes pithiatiques surajoutés auront leur caractère individuel, en rapport avec l'intellect élevé du malade.

Une jeune femme, très cultivée, femme de lettres de talent, a été victime d'un accident d'automobile. La malade fut projetée de la voiture et fortement commotionnée. Le choc physique et moral a été des plus violents, elle subit une émotion profonde des plus justifiées; deux de ses compagnons ont été tués sur place, deux autres cruellement mutilés. Elle perdit connaissance pour quelques instants, mais s'est vite remise et pendant deux à trois heures était presque la seule à porter les premiers soins aux autres blessés, ce qu'elle fit avec un courage et une énergie remarquables. Puis, le secours médical arrivé, la malade se couche et ne se relève plus ayant les deux jambes complètement paralysées. Outre l'hydarthrose peu grave des deux genoux et quelques écorchures à la peau, on ne constate pas de signes de lésion organique, ni du système nerveux, ni d'autres organes, pouvant expliquer cette paralysie des deux jambes. Mise dans le plâtre pour trois semaines en raison de ses hydarthroses, la malade ne peut marcher encore au moins six semaines après l'accident. Elle soulève avec peine ses jambes au-dessus du plan du lit. Les résultats de la psy-

chothérapie par persuasion rendent incontestable la grande part de l'élément pithiatique dans cette impotence. Trois mois après l'accident la malade marche en boitant encore, mais cette boiterie se manifeste et s'accroît seulement à certains moments. C'est à propos des souvenirs de l'accident tragique, surtout évoqués devant une amie, ou à propos d'une note lue dans le journal que cette boiterie s'accroît, comme une vive illustration d'un événement qui a impressionné profondément l'esprit de la jeune femme. Les phénomènes pithiatiques (paralysie d'abord, puis boiterie, douleurs aux jambes) surajoutés à ses lésions organiques heureusement peu graves, se présentaient à l'observateur comme brodés sur le canevas de l'histoire romantique de l'accident.

Une bonne à tout faire, dans les mêmes conditions, présenterait les phénomènes pithiatiques analogues, mais dont le cachet aurait été certainement tout différent.

La notion de ce facteur qualitatif personnel nous semble très importante. Le rapport existant entre la qualité individuelle de phénomènes pithiatiques et la personnalité du malade, peut servir à l'observateur d'élément d'orientation utile pendant l'examen, surtout pour celui qui sait dûment escompter cet élément. Entre le caractère individuel de phénomènes pithiatiques et la personnalité du malade existe une dépendance de cause à effet qui avise l'observateur souvent d'emblée de la nature psychique et non organique de certains phénomènes dans le symptomocomplexe clinique donné.

2° Envisageons à présent l'élément pithiatique sur-ajouté au point de vue qualitatif suivant la localisation et la forme clinique des phénomènes qui constituent cet élément.

La localisation des phénomènes pithiatiques sur tel ou tel autre organe leur forme clinique telle ou autre, paralysie ou contracture de membre, spasme ou tremblement pithiatique, crise, astasie, boiterie, etc. sont en rapport plus ou moins direct, avec l'élément organique de l'association, avec l'affection organique dont est atteint le malade. Ainsi l'aphonie pithiatique s'associe à la laryngite, la parésie pithiatique de la jambe survient à la suite de la blessure de cette même jambe, le tabès conditionne de préférence l'astasie-abasie pithiatique.

Au temps où on considérait que l'hystérie peut tout créer, tout simuler, on croyait que les manifestations hystériques peuvent sauter d'une partie du corps à l'autre, peuvent prendre une forme puis la changer pour une autre presque au hasard, sans cause visible. Dans cet ordre d'idées ont été décrits, par exemple, les cas des souffles cardiaques hystériques, parce qu'on trouvait chez le malade une lésion ou un trouble fonctionnel du cœur, qui ne cadrerait pas tout à fait avec les autres données cliniques, mais le malade en même temps, a été connu comme un hystérique. De même on mettait les manifestations hystériques en rapport avec les troubles d'échange minéral, ou avec les affections des différents organes internes, avec des tumeurs, etc. Ainsi le domaine d'associations hystéro-organiques devenait presque sans limites. En effet, un malade car-

diague ou un rénal, ou un malade atteint de n'importe quelle autre affection organique peut présenter d'une façon tout à fait indépendante des manifestations pithiatiques sans qu'il existe le moindre rapport logique entre son affection organique et ses troubles pithiatiques. Ce genre d'associations pithiato-organiques par simple coïncidence est très fréquent, mais n'a pas la même portée clinique, que les associations pithiato-organiques *par dépendance* des phénomènes pithiatiques de l'affection organique. Les associations par coïncidence ne prêtent pas à la confusion des phénomènes cliniques associés, mais de nature manifestement différente. Les associations pithiato-organiques par dépendance, au contraire, peuvent être la cause de grosses erreurs de thérapeutique et de diagnostic.

Dans le cas de ce genre d'association les deux éléments, pithiatique et organique, ont en quelque sorte leur histoire intime et logique que l'observateur doit savoir révéler par l'étude objective du symptomocomplexe clinique donné.

Dans les associations pithiato-organiques par dépendance la lésion organique sert de point de départ à des phénomènes pithiatiques surajoutés. L'affection organique conditionne dans une grande mesure la localisation de phénomènes pithiatiques surajoutés sur tel ou tel autre organe ou appareil physiologique, ainsi que leur forme clinique.

Nous sommes portés à penser que, plus souvent qu'on ne le croit habituellement, au fond de beaucoup de cas de manifestations pithiatiques isolées se trouve, comme point de départ, une affection organique. Le

fait qu'on n'arrive pas toujours à retrouver une telle affection organique ne prouve nullement son absence. L'affection organique peut être une simple épine qui ne se traduit par aucun signe clinique objectif. Il arrive que la lésion organique est introuvable étant déjà guérie et ne laissant d'autres traces que les phénomènes pithiatiques (Hurst). Il arrive aussi, tout au contraire, que les phénomènes pithiatiques précèdent de longtemps l'apparition de phénomènes organiques cliniquement appréciables, de telle sorte que dans ces cas on n'arrive pas à voir le rapport de cause à effet qui existe entre l'affection organique survenue tardivement, et les phénomènes pithiatiques qui l'ont précédée de bonne heure.

Les lésions traumatiques légères, les troubles physiopathiques réflexes, même les processus purement physiologiques se comportent souvent comme point de départ des phénomènes pithiatiques dans l'ordre d'idées qui vient d'être exposé.

---

## II.

### **L'association pithiato-organique au point de vue de l'élément organique.**

---

L'article précédent nous a amené à l'étude de l'élément organique du symptomocomplexe d'association.

L'élément organique de l'association est représenté

par le syndrome clinique de l'affection organique causale.

L'élément organique de l'association nous intéresse tout d'abord, en tant qu'un ensemble de signes physiques d'une lésion, dont le diagnostic objectif et le traitement rationnel sont le but principal du clinicien. D'un autre côté, l'élément organique de l'association nous intéresse en tant que point de départ des phénomènes pithiatiques surajoutés et comme facteur qui, nous l'avons dit plus haut, conditionne dans une mesure importante la localisation et la forme clinique de ces phénomènes pithiatiques surajoutés.

Or, suivant le principe de la méthode que nous avons choisie, dans le premier cas nous allons étudier l'élément organique au point de vue quantitatif, et dans le second cas au point de vue de qualité de cet élément organique.

A. — Parlant dans le sens *quantitatif*, l'élément organique du symptomocomplexe d'association peut être représenté par un gros syndrome clinique, riche en signes physiques de valeur objective qui se prête aisément à l'appréciation de l'observateur. Tels, par exemple, sont les cas de tabès, avec abolition nette de réflexes tendineux, avec un signe d'Argyll-Robertson manifeste, avec une ataxie et perte prononcée de notion d'attitude, ou une compression médullaire avec une forte paraplégie spastique, avec l'exagération et polycynésie des réflexes tendineux, avec une grosse extension de l'orteil des deux côtés, avec des réflexes de défense intenses et troubles de sensibilité cutanées à

distribution caractéristique, ou un syndrome post-encéphalitique à type de maladie de Parkinson, toujours si impressionnant, ou une hémiplégie organique représentée par tous les phénomènes physiques ou, enfin, une myopathie progressive pour ne parler que de syndromes neurologiques.

L'essentiel pour notre critère de quantité de l'élément organique consiste en ce que le syndrome d'affection organique soit si net, qu'il ne saurait être ignoré par un observateur quelque peu attentif et instruit.

Dans ces cas-là, c'est plutôt l'élément pithiatique du symptomocomplexe d'association qu'on laisse passer inaperçu. On a la tendance, psychologiquement compréhensible, mais de ce chef pas moins répréhensible, d'attribuer au compte de l'affection organique manifeste, les phénomènes qui en réalité ne sont nullement organiques, mais bien pithiatiques surajoutés.

Hurst a émis l'idée, dont la justesse est bien illustrée par les observations faites par cet auteur pendant la grande guerre, que l'impotence des membres ou d'autres appareils de la vie de relation, résultant d'une affection organique quelconque n'est presque jamais entièrement organique, mais à l'impotence physiquement justifiée se surajoute toujours, dans une mesure plus ou moins considérable, une impotence fonctionnelle pithiatique.

La clinique montre assez fréquemment qu'un malade organique, par exemple, un hémiplegique sénile, alité, parfois depuis plusieurs mois et complètement impotent, incapable de marcher et même de se déplacer dans son lit, devient comme par miracle capable de se

lever d'abord avec l'aide étrangère, puis tout seul. Il ne lui manquait pour arriver à cela qu'un stimulant suffisamment intensif de contre-suggestion ou de simple persuasion de la part du clinicien, soucieux de différencier ce qui est organiquement justifié dans l'état du malade de ce qui ne l'est pas. L'impotence d'un malade pareil n'est que relative, mais on le laisse alité, immobile pendant des mois, exigeant du personnel des soins de propreté auxquels il pourrait suffire lui-même; toutes ces choses lui sont accordées vu seulement qu'il a l'extension des orteils, exagération des réflexes, contracture et paralysie du bras et de la jambe d'un côté et paralysie faciale de l'autre.

Donc il ne suffit pas de constater la réalité clinique d'une affection organique, mais il faut toujours chercher s'il n'existe point quelque chose de pithiatique surajouté dans le symptomocomplexe d'un malade donné, et avec d'autant plus de raison qu'il en existe toujours plus ou moins.

En présence d'un syndrome organique même manifeste, il faut chercher l'élément pithiatique ne fût-ce que pour trouver ce qui est immédiatement utilisable dans le but de l'amélioration de l'état fonctionnel du malade, sans parler de ce qu'on peut souvent gagner dans le traitement de son état organique par le fait d'élimination de phénomènes pithiatiques à l'aide de la contre-suggestion.

L'élément organique de l'association pithiato-organique a un aspect différent et une tout autre portée clinique dans les cas où cet élément est représenté par

un syndrome clinique peu déclaré, fruste, pauvre en signes objectifs ou n'en possédant pas du tout.

Il arrive que l'affection organique ne se traduit par aucun signe constatable par nos moyens d'investigation clinique. Elle ne joue que le rôle d'une épine qui sert de point de départ aux phénomènes pithiatiques surajoutés.

L'appréciation d'un tel syndrome fruste exige de l'observateur une habileté particulière et une longue expérience. Dans ce cas les phénomènes pithiatiques dominent le symptomocomplexe de l'association à un tel point qu'ils détournent entièrement l'attention du médecin du syndrome organique qui passe inaperçu.

Etant donné, d'un autre côté, que les phénomènes pithiatiques apparaissent parfois bien avant les phénomènes physiques d'une affection organique en évolution, on conçoit toute la réserve qu'il faut porter au point de vue de pronostic en présence des cas pareils. Dans cet ordre d'idées tout examen répété d'un même malade devrait être fait au point de vue de la recherche de signes organiques d'une lésion, avec les mêmes soins et la même impartialité, comme si les examens précédents n'existaient point. Une telle attitude pédantique s'impose surtout en face des malades ayant des récidives de manifestations pithiatiques guéries précédemment une ou plusieurs fois par contre-suggestion. Dans la partie de ce travail, consacrée à l'étude des observations cliniques, on trouvera une observation (1) qui est très démonstrative à ce point de vue. Ici même nous allons donner place à deux exemples recueillis au cours des consultations de M. Babinski,

tous deux illustrant l'apparition de phénomènes subjectifs fonctionnels avant que les signes objectifs de l'affection organique en évolution se soient déclarés. Ainsi les premiers examens de ces cas imposaient l'idée de manifestation sinon entièrement pithiatique, au moins avec une large participation d'élément pithiatique surajouté à une affection organique qui paraissait être pratiquement négligeable; les examens attentifs et répétés, faits à quelques intervalles apportaient ensuite la justification organique aux troubles subjectifs et fonctionnels. Ces troubles du fait de l'évolution ultérieure manifestement organique du symptomocomplexe du malade donné ne restaient pas moins pithiatiques surajoutés à une affection organique, mais ces troubles pithiatiques exigent dans ce cas un régime clinique et un traitement différent.

Ainsi un malade âgé de 40 ans, typographe, robuste et de santé d'apparence parfaite, toujours bien portant jusqu'au dernier temps à été dirigé par le médecin de son établissement à la consultation neurologique à cause d'une sensation de gêne et de la fatigue au bras droit et surtout aux jambes, que le malade ressentait depuis quelques jours; en dehors de ces plaintes subjectives on ne trouva chez lui aucun signe objectif pouvant expliquer son état. Vu quelque intérêt personnel que le malade pourrait avoir au point de vue de l'indemnité, l'idée de troubles pithiatiques, au moins à soupçonner, n'avait rien d'absurde. Le malade a été soumis à une séance d'électrisation dans le but contre-suggestif. Après la séance, il déclara se sentir mieux. Mais les effets psychothérapeutiques

de la contre-suggestion ne donnaient quand même aucun élément de certitude au point de vue de la nature psychique des troubles subjectifs du malade. On lui recommanda de revenir à la consultation dans deux semaines au plus tard. Dans deux semaines, le malade se présente de nouveau à l'hôpital en déclarant qu'il ne va pas mieux, plutôt moins bien. Comme la première fois, il accuse une sensation de gêne au membre supérieur droit; de même, il se fatigue facilement pendant la marche, il n'est pas sûr de ses jambes, qu'il sent raides, surtout la jambe droite.

Pendant ce deuxième examen fait 15 jours plus tard, on a trouvé un seul signe clinique objectif, mais qui, à lui seul, a changé tout l'aspect clinique de ce cas; le malade avait l'ébauche d'extension de l'orteil du côté droit. L'élément organique devenait indéniable. Le syndrome organique était quantitativement minime, mais il était de nature à enlever le moindre doute d'une maladie organique qui était au fond de tous les troubles subjectifs du malade, y compris leur partie pithiatique. Après ce second examen, l'évolution de l'affection organique se poursuivit dans le sens d'une lésion médullaire cervicale localisée au niveau de 5-7 C. Au cours de la première semaine, après cet examen, apparaît l'exagération du réflexe rotulien du côté droit, l'inversion du réflexe du coude du même côté, l'ébauche d'extension de l'orteil du côté droit s'est transformée en un signe des orteils manifeste; ensuite, apparurent des troubles de sensibilité thermique et douloureuse, tout l'ensemble de signes per-

mettant de faire un diagnostic de localisation médullaire assez précise.

Un autre cas était encore plus frappant au point de vue de la dissociation entre les phénomènes subjectifs d'apparence pithiatique apparus précocement et les phénomènes d'une affection organique d'évolution tardive mais rapide et grave. •

Un ouvrier mécanicien âgé de 47 ans, ayant glissé, tomba au cours de son travail. En cherchant à se relever immédiatement, il cogna fortement le coude droit à une partie anguleuse d'une machine en fer. Il ressentit alors une vive douleur, mais se remit au travail. Quelques heures plus tard, il fut obligé d'abandonner son travail, le bras étant devenu impotent. Il fut vu par le chirurgien de son usine qui ne trouva rien de chirurgical dans son cas et l'adressa à la consultation neurologique.

Le premier examen clinique a révélé une discordance frappante entre la gravité de l'impotence du bras et de la main du malade, et la pauvreté des signes objectifs. L'examen électrique des muscles et des nerfs fait au cours de cette première consultation, montra quelques troubles très légers de l'excitabilité électrique des muscles de l'avant bras droit, surtout dans le domaine radial, un peu dans le domaine du cubital. Le malade lui-même ne se plaignit que de cette impotence. Ainsi, toutes les données de ce premier examen étaient de nature à faire penser à une parésie du radial ou du plexus brachial avec prédominance d'un gros élément pithiatique.

Peut-être dans les conditions d'examen clinique

moins soigneuses que celles qui existent dans le service ou fut examiné le malade, on aurait classé ce cas comme hystéro-organique ou comme sinistrose pure.

La psychothérapie contre-suggestive adressée à l'impotence du bras du malade à titre d'épreuve, avait apporté quelque amélioration, mais cette amélioration se montra fort peu stable.

On invita le malade de revenir 2 ou 3 jours plus tard pour subir le traitement électrique et pour être examiné à nouveau.

Le malade revenu 3 jours plus tard, déclara que la veille en causant avec ses enfants, il a éprouvé une étrange difficulté à parler, sa langue ne lui obéissait pas. Un peu plus tard, il devint même complètement muet, disait-il, à la suite d'une contrariété un peu vive avec quelqu'un de sa famille. Ce mutisme aurait duré une ou deux heures, puis, la parole lui serait revenue. Au moment de la consultation le malade parlait assez correctement, quoique la parole était un peu pâteuse, l'état du bras droit était le même. L'idée du pithiatisme s'imposait avec instance. Mais l'examen objectif poursuivi méthodiquement révéla toute une série de signes physiques qui déplaçaient au second plan l'hypothèse de paralysie périphérique traumatique du bras, mais indiquant l'existence d'une lésion cérébrale. On trouva d'abord une légère paralysie faciale gauche, un trouble du sens stéréognostique de la main droite (blessée), avec conservation de la sensibilité superficielle, une exagération des réflexes tendineux à droite et le signe du gros orteil du même

côté. La dysarthrie du malade était très peu prononcée. Mais le lendemain, elle s'était sensiblement accentuée et quelques jours plus tard, l'aphasie s'installa. Le malade présentait tout le tableau clinique d'une hémiplégie droite. L'affection organique débuta ici par des phénomènes d'abord presque entièrement subjectifs avec participation considérable de l'élément pithiatique. L'accident traumatique survenu au cours du travail, peut être à la suite d'un ictus apoplectiforme léger, accompagné de l'impotence fonctionnelle du bras traumatisé, sans d'autres signes organiques sauf une modification insignifiante des réactions électriques des muscles, prêtait au début facilement à une erreur du diagnostic.

B. — Entre les cas d'associations pithiato-organiques où le syndrome organique est considérable, et les cas d'associations où ce syndrome est fruste ou même fait défaut, l'affection organique ne se traduisant pas par de signes cliniques appréciables, on peut décrire toute une série de cas intermédiaires.

Pour saisir l'ensemble de l'élément organique de l'association dans toutes ses variations, nous étudions l'élément organique dans le sens qualitatif.

Nous avons dit au début de cet article, que l'élément organique participe dans le symptomocomplexe de l'association comme point de départ des phénomènes pithiatiques surajoutés, de même qu'il conditionne dans une large mesure la localisation et la forme clinique des phénomènes pithiatiques.

Toute la pathologie organique de l'espèce humaine

peut servir de source à des symptomocomplexes d'association. Mais ce sont surtout les syndromes traduisant les troubles organiques de différents appareils de relation avec le monde extérieur qui constituent avec une fréquence particulière l'élément organique de symptomocomplexes de l'association : les troubles organiques de l'appareil de locomotion, de la sensibilité profonde (coordination intersegmentaire, équilibre statique, équilibre cynétique., de la sensibilité superficielle, de l'ouï, de la vision, etc. Ainsi, la clinique neurologique étudiant dans ces troubles les lois de fonctionnement et de corrélation de tous ces appareils, présente un champs d'observation fertile pour l'étude de l'association pithiatio-organique.

Nos impressions personnelles concernant le sujet en étude, ont été recueillies presque exclusivement dans le domaine neurologique. Nous ne parlerons donc que de ce dernier.

Analysant la littérature française et étrangère, on se fait l'impression que certaines affections organiques ont une tendance toute spéciale d'apparaître en compagnie de phénomènes hystériques-pithiatiques. Ainsi, la sclérose en plaque, le tabès, l'hémiplégie, en jugeant d'après le nombre d'observations publiées à propos de leur association avec l'hystérie, semblent être les syndromes particulièrement favorables à une telle association. Depuis Charcot, qui attirait l'attention sur la symbiose fréquente de l'hystérie avec la sclérose en plaque, plusieurs auteurs ont mentionné ce fait en se basant sur des observations cliniques. Par contre, il existe d'autres affections organiques qui sont en quel-

que sorte réfractaires à l'association de phénomènes hystériques. On remarque, par exemple, que dans les colonies d'épileptiques, on ne voit presque jamais d'accès d'hystérie (Mac Dougall), quoique sur ce point, les opinions diffèrent et beaucoup d'auteurs semblent considérer l'association hystéro-épileptique comme un fait d'observation banal.

Ce serait certainement une erreur que d'être absolu, pensant qu'il se trouve dans chacune des affections mentionnées plus haut, des éléments spéciaux, qui à eux seuls, leur donnent l'aptitude particulière de créer des phénomènes pithiatiques surajoutés, ou, au contraire, leur procurer une sorte d'immunité vis-à-vis de ces phénomènes. La sclérose en plaque est loin de se présenter en clinique fatalement accompagné de phénomènes pithiatiques. L'existence chez un malade de crises épileptiques ne suffit pas pour nier la possibilité de crises purement hystériques survenant dans l'intervalle entre les premières. M. Babinski cite souvent une malade de Charcot, qui présentait deux sortes de crises dans la même période de sa vie; il était frappant de voir qu'au cours de crises épileptiques, assez discrètes, d'ailleurs, elle se luxait fréquemment l'épaule et que cela ne lui arrivait jamais au cours des crises hystériques qui pourtant, étaient beaucoup plus dramatiques.

Mais il existe, à notre avis, des considérations variables d'un côté pour expliquer la prédominance du nombre d'observations publiées sur l'association de l'hystérie-pithiatisme avec des syndromes neurologiques, tels que la sclérose diffuse, tabès, hémiplegie,

d'un autre côté pour donner les raisons à l'opinion que certaines affections organiques comme le mal comital rendent le sujet en effet plutôt réfractaire au pithiatisme, surtout aux phénomènes tels que la crise hystérique.

Ce qui concerne les observations de l'association de l'hystérie avec la sclérose en plaque, le tabès, l'hémiplégie, leur prédominance en littérature est due aux deux facteurs.

L'un de ces facteurs nous semble être purement accidentel; il est d'ordre extrinsèque. On publie de préférence, les cas d'associations hystéro-organiques qui, en quelque sorte, sautent aux yeux par le contraste des phénomènes aussi différents que ceux d'un syndrome organique classique, et des phénomènes de nature hystérique. C'est le cas des associations pithiatiques avec un tabès, une sclérose en plaque, une hémiplégie. Il faut noter aussi que la plupart des observations d'associations hystéro-organiques de ce genre, fut publiée avant la guerre. Les auteurs fidèles aux idées de Charcot, ne tenaient pas compte de la suggestion médicale en particulier. Dans la plupart de ces publications, on voit que sitôt que l'observateur trouvait dans le symptomocomplexe donné quelque chose qui lui rappelait « la grande simulatrice protéiforme », il pratiquait la recherche de stygmates permanents de l'hystérie. Ainsi, il nous semble que dans certaines de ces observations, concernant la sclérose en plaque en particulier, l'association hystéro-organique ne se réalisait qu'au moment même où on recherche cette association.

L'autre des deux facteurs de la prédominance de l'association des phénomènes pithiatiques aux affections telles que le tabès, le sclérose en plaque, l'hémiplégie est d'ordre intrinsèque.

Prenons le tabès. On connaît qu'à part son association assez fréquente avec la Paralyse Générale (P. Marie), le syndrome de tabès est accompagné du changement de caractère chez le malade. Ce changement est caractérisé par une exaltation psychique plus ou moins marquée, par l'instabilité d'humeur, le malade étant tantôt jovial, passant facilement à l'asthénie, tantôt irritable ne supportant aucune contrariété. C'est un fait d'observation commune que les tabétiques soient très soupçonneux, très capricieux. Ils sont suggestionnables plus que les gens normaux. Le syndrome organique de leur affection (tabès) avec ses troubles de sensibilité profonde (ataxie), avec les troubles sensitifs et sensoriels (douleurs lancinants, troubles visuelles, troubles de perceptions cutanées), est un point de départ par excellence à des phénomènes pithiatiques.

On pourrait dire la même chose à la sclérose en plaque. L'état d'exaltation de l'automotisme psychique des malades atteints de sclérose en plaque ou d'une autre affection de la même famille pathologique (hérédoataxie de P. Marie, maladie de Fredreiche, les affections avec participation du syndrome cérébelleux), est connu depuis que ces affections furent décrites.

Le malade tout simplement, parce qu'il est un malade, parce qu'il souffre moralement et physiquement

de symptômes et de troubles conditionnés par ces affections et presque toujours impressionnants, devient plus suggestionnable.

C'est ainsi que les phénomènes pithiatiques de n'importe quelle association pithiato-organique se présentent le plus souvent à l'observateur sous la forme d'aggravation des symptômes organiques de l'affection causale. On comprend donc combien la qualité de phénomènes pithiatiques en ce qui concerne leur forme et leur localisation est en rapport étroit avec la qualité du syndrome organique, auquel ces phénomènes sont surajoutés.

Il convient de nous arrêter sur l'association de l'élément pithiatique à certains troubles postencéphaliques.

L'encéphalite épidémique parmi les autres séquelles laisse parfois, surtout chez les sujets jeunes, une modification de caractère, qui, dans certains cas, va jusqu'au troubles mentaux sérieux (B. Claude, A. Collin et Requin, Laignel-Levassine, Robin). Il est difficile de se prononcer en quelle mesure l'hyper-suggestibilité de certains malades postencéphaliques se trouve en rapport avec leur maladie organique, mais il est bien possible que ce rapport existe au moins dans des cas isolés.

L'association de phénomènes pithiatiques aux séquelles organiques postencéphaliques, a été signalée par les auteurs dans des publications récentes. (Guilain et Lechelle, Bénard et Rouquier, Roger et Chaix).

Nous avons eu l'occasion de voir quelques malades ayant dans leurs antécédents récents, l'encéphalite

épidémique et qui présentaient des manifestations pithiatiques. Pourtant, nous ne pouvons dire en quelle mesure leur pithiatisme doit être mis en rapport avec l'encéphalite. D'ailleurs, 2 de ces malades outre des troubles du caractère survenus après la maladie n'eurent pas d'autres séquelles. Dans un cas, il s'agissait d'une fille de 20 ans qui faisait des crises de grande H. dans l'autre cas, d'une fille de 18 ans, qui présentait l'aphonie pithiatique guérie instantanément par le courant faradique.

Une autre malade, femme de 47 ans, au contraire avait gardé après l'encéphalite, le syndrome hémiparkinsonien gauche fruste. Il n'y avait que très peu de tremblement dans les doigts de la main gauche, mais la raideur et l'hypertonie des muscles du bras et de la jambe gauche étaient très prononcées, de même que le signe de la roue dentée, le signe de la réaction des antagonistes, l'attitude soudée, surtout de la tête, avec masque figée. Cette malade à deux reprises, retomba dans un état quasi somnolent avec raideur catatonique, stupeur et mutisme. Dans les deux cas, elle fut guérie rapidement par simple persuasion. Soumise plusieurs fois aux examens de sensibilité, la malade finit par présenter une anesthésie gauche qui la coupait en deux par la ligne médiane avec une précision d'un millimètre. Elle ne sentait à gauche ni chaud, ni froid, ni pincement, ni contact, présentait une perturbation du sens stéréognostique dans la main gauche avec abolition du sens des attitudes intersegmentaires La conductibilité osseuse à la vibration était abolie du côté gauche de vertex jusqu'au talon.

Elle n'entendait pas à gauche et voyait mal de l'œil gauche. Après une séance d'électrisation la sensibilité lui est revenue, sauf le sens stéréognostique qui, quoiqu'étant amélioré, reste diminué dans la main gauche. La même malade marche avec une latéropulsion gauche. Elle a toujours son corps incliné du côté gauche. Cette démarche et cette attitude courbée d'un côté liées à son affection organique, ont résisté à la persuasion.

Il est à remarquer que les séquelles d'encéphalite épidémique, surtout en ce qui concerne le syndrome parkinsonien et les troubles respiratoires, sont accompagnés de phénomènes qui peuvent faire penser au pithiatisme surajouté, mais qui n'en sont pas en réalité, quoique le facteur psychique y prenne part dans une certaine mesure. Ce sont des phénomènes fonctionnels à base organique, qui peuvent être modifiés par la volonté du malade, surtout si le malade est stimulé par l'observateur dans ce sens. Ainsi, le tremblement du malade parkinsonien peut être diminué et même arrêté par l'effort de ce malade, mais cette amélioration n'est que de courte durée. De même le malade ayant de troubles du rythme respiratoire peut ramener temporairement ce rythme à l'équilibre normal, mais ayant déployé un effort de son attention et de la volonté.

MM. Babinski et Charpentier ont fait à ce sujet en novembre 1922, une communication à la Société de Neurologie de Paris. Ces auteurs indiquent que les phénomènes dont nous avons parlé, ne doivent pas être confondus avec les phénomènes pithiatiques.

Pour désigner ces phénomènes, nous empruntons le terme de phénomènes « para-pithiatiques » qui nous semble très explicite. En effet, les phénomènes, dont il s'agit, peuvent être influencés par le facteur psychique, y compris par la suggestion, mais d'une façon très superficielle et insuffisante, puisque l'origine de ces troubles fonctionnels est incontestablement organique et non pithiatique.

Les phénomènes analogues, — les phénomènes para- ou pseudo-pithiatiques (Babinski), — sont observés également dans certains spasmes d'origine organique (Charcot). Par exemple, dans le torticolis spasmodique, dit mental, l'attitude normale de la tête peut être reproduite par le malade, ainsi dans les tics, dans la chorée, les mouvements peuvent être calmés par l'effort du malade; dans l'athétose, les mouvements et le spasme des membres peuvent être temporairement dissimulés.

On connaît aussi que les malades soudés dans le syndrome parkinsonien, se sentent dégagés pour quelques instants sous l'influence d'une émotion quelconque ou d'un sentiment d'affection vif, telle une surprise, une peur, une colère.

On observe dans le syndrome parkinsonien à côté de ces phénomènes parapithiatiques, quelques phénomènes qui n'ont rien de pithiatique, ni même parapithiatique, mais qui peuvent prêter à l'idée du pithiatisme. Ce sont des phénomènes paradoxaux du syndrome parkinsonien (Babinski).

Peut-être y a-t-il plusieurs phénomènes paradoxaux, nous n'en connaissons que trois.

1) Le malade parkinsonien se trouvant en état figé, quand on lui ordonne de marcher, remue à peine ses jambes, ses bras pendant la marche ne se balancent pas en symétrie croisée avec les jambes comme chez les gens normaux. Mais on lui commande de courir vite. La malade fait l'effort, son corps s'incline en avant comme s'il avait de la difficulté pour démarrer, on a l'impression parfois qu'il va tomber, puis le mouvement des jambes se déclenche en rythme automatique et le malade cours vite comme un sujet normal.

Ce phénomène paradoxal de dissociation entre la difficulté et la lenteur des actes volontaires isolés, et la conservation de la faculté des mouvements automatiques et rythmiques, s'observe aussi dans des circonstances autres que la marche et la course. Ainsi par exemple, pendant le jeu à la balle, un parkinsonien sera incapable d'attraper la balle, si cette dernière lui est envoyée au hasard, mais, si on se met à jouer à deux avec lui en lançant la balle à coups rythmiques, le malade, comme un automate, est capable de rattraper la balle et de la renvoyer à son partenaire, conservant toujours le même rythme. Ce phénomène a été observé par M. Dutil.

2) Le deuxième phénomène paradoxal consiste en ce que le malade parkinsonien très grave, incapable de marcher et de rester debout, incapable de parler, complètement figé, de temps à autre peut devenir comme dégagé, il se lève, marche et peut parler comme tout le monde. Ce dégagement habituellement ne dure

que très peu de temps, une demi-heure, et le malade retombe à nouveau dans une sorte de catatonie.

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de Babinski, une malade pareille, une jeune fille de 24 ans, aspirante à l'agrégation ès lettres, qui fut prise pour une hébéphreno-catatonique, justement, à cause de ce phénomène paradoxal. La malade était atteinte d'une telle raideur hypertonique parkinsonienne qu'elle présentait un état ressemblant tout à fait à une catatonie stupeureuse avec conservation des attitudes et mutisme complet. A certains moments, surtout la nuit, cette raideur diminuait à tel point que la malade pouvait se lever, marcher et parler.

Pendant l'examen fait par M. Babinski, une intelligence et coordination psychique parfaites chez la malade ont été démontrés. On a pu s'en rendre compte en profitant de l'effet d'injections de scopolamine qui souvent diminuent la raideur des parkinsoniens et leur dégagent la parole.

Un autre cas analogue a été cité par M. Babinski au cours de présentation de la malade précédente.

Un parkinsonien âgé se trouvait dans un état figé grave, restait dans son fauteuil constamment, assisté par deux domestiques. Mais de temps en temps la capacité des mouvement lui revenait à tel point, qu'il se levait brusquement, et malgré les vains efforts de ses domestiques, montait l'escalier quatre à quatre, entraînant derrière lui les deux hommes.

3) Le troisième phénomène paradoxal, que nous connaissons, consiste en ce que chez les parkinsoniens peut se produire un phénomène invers au précédent.

peut se produire un phénomène inverse au précédent. Un malade postencéphalitique relativement peu figé, ou même guéri, retombe parfois dans la raideur pour quelque temps. Dans certains cas, le malade devient même somnolent, comme si l'encéphalite faisait une récurrence. Certains auteurs mettent ces récurrences de raideur et d'hypertonie des parkinsoniens postencephalitiques en rapport avec le refroidissement de la température ambiante.

Ni contre-suggestion, ni persuasion ne modifient en rien ces phénomènes et permettent ainsi de les distinguer du pithiatisme et para-pithiatisme.

Des conditions d'ordre intrinsèque peuvent être incompatibles avec des phénomènes pithiatiques quelque peu considérables. Ces conditions peuvent rendre le sujet pour ainsi dire réfractaire à des phénomènes de cette nature.

Dans cet ordre d'idées, nous devons dire tout d'abord, que les affections organiques graves, arrivées à l'état qui met la vie du malade en cause, ne s'accompagnent pas de phénomènes pithiatiques importants. On ne trouve pas dans la littérature d'observations qui signalent l'apparition des manifestations hystériques dans la période prémortelle. Au contraire, on trouve des observations illustrant la disparition des manifestations hystériques (crises, paralysie, contractures, troubles de sensibilité), chez les malades qui sont arrivés à la fin de leur vie.

Il existe aussi un état morbide qui semble rendre le sujet moins suggestionnable, et, par conséquent, réfractaire à des manifestations pithiatiques surajou-

tés. Nous avons en vue le mal comitial. L'état mental des épileptiques même en dehors de la psychose d'épilepsie déclarée est très caractéristique. Le fait a été observé et bien décrit, il y a déjà plus d'un demi siècle par les psychiatres français tels que J. Falret, Morel, Delasiauve et autres. L'école de Bleuler a isolé cet état mental sous le terme du caractère épileptoïde. En généralisant les éléments psychopathologiques fournis par la clinique mentale, l'école de Zurich a fait « dépasser à l'épilepsie les limites des asiles », ainsi que les a dépassés la schizophrénie de Bleuler. (E. Minkowski).

Ce qui caractérise surtout les épileptiques c'est que ces malades « sont des ralentis », au point de vue psychique (Mme Minkowska). Le cours de leurs associations mentales est visqueux, les nouvelles idées de même que toutes les préceptions psychiques qui leur viennent de l'ambiance trouvent une résistance plus considérable que chez des gens normaux à se frayer le passage dans l'esprit de ces malades. De même qu'une fois cette pénétration réalisée, elle ne cède que difficilement la place aux autres.

« En exagérant, ces traits de caractère aboutissent à la bradypsychie morbide (Ducosté) (*loc. cit.*). Cette bradypsychie, ou, il nous semble mieux dire, la psychoplasticité des malades épileptiques est un des traits essentiels de leur état mental, par opposition à la psychoplasticité, caractérisant l'état mental pathologique tout différent, l'état mental mythomane et l'état mental dit « hystérique ». (Dupré, Logre).

Il en découle l'élément du caractère des épileptiques

qui nous intéresse particulièrement, ils sont moins suggestionnables que les autres. Le seuil de leur suggestibilité est élevé et pour que la suggestion le franchisse, il faut des conditions particulièrement favorables.

« L'hystérique est hypnotisable : l'épileptique ne l'est pas ou ne l'est que très imparfaitement ». (Ducosté).

Dans cet ordre d'idées, nous sommes portés à penser que le mal comitial est une affection qui rend les sujets plutôt réfractaires à des phénomènes pithiatiques surajoutés.

En ce qui concerne la reproduction des crises purement pithiatiques par malades ayant des véritables crises épileptiques, c'est un problème qui mérite une discussion à part.

Il nous semble qu'il existe des raisons à part celles que nous avons discuté plus haut, qui permettent de penser que l'association des crises des deux natures chez le même malade, est une association rare, sinon exclusive.

Ainsi au point de vue psychologique, il faut dire que les malades ayant de vraies crises épileptiques sont généralement très gênés par leur maladie, ils souffrent moralement de l'infirmité qui les rend souvent indésirables dans la société. Méfiants et réticents, ces malades cherchent plutôt à dissimuler leurs crises, si possible, et non de faire l'étalage de leur maladie, en ajoutant au nombre des crises épileptiques, les crises hystériques, qui ne se font justement que pour l'étalage.

Il peut se faire (nous en avons observé un cas), qu'un épileptique simule la crise d'épilepsie dans un but bien prémédité et en pleine conscience de ce qu'il fait. Mais ce ne sera qu'une crise d'épilepsie simulée par un épileptique et non une association pithiatio-épileptique. Le pithiatisme ce n'est pas la simulation, malgré les tendances de certains auteurs de confondre ces deux notions différentes et d'en faire un reproche injustifié à la conception de Babinski.

D'un autre côté, nous étions très désireux d'observer un cas clinique, où les crises pithiatiques incontestables surviendraient chez le malade ayant des vraies crises d'épilepsie. Il ne nous est pas arrivé de voir un seul cas pareil. Au contraire, notre attention a été arrêté par les faits opposés. Ainsi par exemple, les malades venus à la consultation pour des crises dont la nature épileptique ou pithiatique ne pouvait être établie avec certitude, sont soumis, selon la méthode de M. Babinski, à une sorte d'épreuve du pithiatisme. On cherche à provoquer la crise par suggestion en s'aidant du courant électrique. On se rend ainsi compte de l'état de suggestibilité du malade et si la crise pithiatique se réalise, on a le critère de comparaison avec les crises pour lesquelles le malade vient consulter. Le malade lui-même où ses proches comparent cette crise provoquée avec celles qui le « prennent spontanément » et déclarent d'habitude qu'il s'agit bien des mêmes crises, il s'agit donc des crises pithiatiques; la conviction s'établit quand le malade revient après quelque temps pour dire qu'il est guéri par la crise provoquée et qu'il n'en a plus.

En observant de nombreux cas de ce genre, nous avons l'impression que le seul fait de la reproduction de la crise par suggestion plaide fortement en faveur des crises pithiatiques et contre les crises épileptiques. Au contraire, les réactions du malade vis-à-vis de l'épreuve de la suggestion, ainsi que toute son attitude en général, deviennent différentes quand il s'agit d'un vrai épileptique. La crise pithiatique ne se provoque pas malgré une suggestion intense. Le malade paraît dans certains cas ému en attendant la crise qu'on lui suggère, ses yeux s'animent d'une expression d'inquiétude ou de peur, il rougit, ou pâlit, la réaction automatique de défense contre la sensation désagréable du courant électrique appliqué à ses épaules, à sa gorge, lui fait renverser son torse et sa tête en arrière, il cherche à repousser les électrodes avec ses mains, mais jamais cette excitation psychomotrice n'aboutit à une véritable crise.

Il est intéressant à noter que parfois chez l'épileptique, la suggestion au lieu de provoquer le phénomène pithiatique qu'on lui suggère, est en quelque sorte déviée par lui à sa manière. Nous nous rappelons d'un épileptique chez qui on cherchait à provoquer la crise analogue à celles qu'il présentait spontanément. Ces dernières crises, d'après les dires du malade, commençaient toujours par le son de cloches qu'il entendait, « puis tout s'en allait ». On cherchait à lui suggérer donc une crise analogue. Le malade était manifestement impressionné par la procédure de suggestion. Malgré tout, il n'eut pas la crise. Mais il devint muet. Il montra à l'aide des gestes que la

langue ne lui obéit plus. Les courants « en sens inverse » l'ont aidé à retrouver la parole. Il est parti, puis est revenu quelques jours plus tard, avec une récurrence pithiatique : il se plaignait que ses dents se serrent parfois et qu'il ne peut pas parler. La psychothérapie persuasive a de nouveau eu raison de ces phénomènes.

Toute son attitude est bien caractéristique pour un épileptique et se trouve en rapport avec ce que nous avons dit plus haut à propos de caractère épileptoïde, caractère psychoplastique et mal suggestionnable.

Nous avons minutieusement cherché les publications qui pourraient nous fournir des exemples de l'association incontestable des crises épileptiques et des crises pithiatiques<sup>e</sup> chez le même malade. Les observations de ce genre ne manquent pas. Mais toutes les publications que nous avons eu l'occasion de lire dans la littérature française et étrangère, sont passibles de la même critique, — il leur manque toujours la différenciation clinique suffisamment objective entre les crises véritablement épileptiques et les crises hystériques. Pas une seule de ces observations ne nous donne d'élément de conviction qu'il s'agisse de crises différentes associées et non de crises de la même nature, — pithiatique ou épileptique. On connaît à quel point cette différenciation peut être délicate. Combien de fois les crises hystériques, surtout bien imitées, ont été prises autrefois pour de l'épilepsie. Combien de fois au contraire, les crises d'épilepsie, surtout fruste, ne s'accompagnant pas de perte de connaissance, ont été et le sont encore mainte-

nant considérées comme de l'hystérie. L'erreur d'interprétation est ici extrêmement facile. Les renseignements fournis par les malades eux-mêmes ou par leur entourage ne valent pratiquement rien, ils sont tendancieux ou de provenance suggestive. Au lieu d'aider l'examen, ils le troublent plutôt. Il ne reste à prendre en considération que les données de l'observation directe des crises pour pouvoir en établir la nature. Même à cette condition, le diagnostic sûr n'est guère facile. Ce n'est qu'après une longue surveillance du malade, qu'on peut poser un dignasotie définitif dans l'un ou l'autre sens.

La doctrine de l'hystéro-épilepsie actuellement délaissée (1), nous semble avoir son origine dans l'interprétation différente des crises d'une même nature (épileptique ou hystérique). M. Marchand dans son article « Hystérie et Epilepsie » (Presse Méd. 1920), paraît exprimer la même idée.

La place ne nous permet pas d'entreprendre ici l'analyse détaillée de différents documents bibliographiques, sur le problème que nous discutons. Dans l'index bibliographique, on trouvera les principales de ces publications.

Quant à nous, leur étude ainsi que les considérations exposées plus haut, nous amènent à penser que

---

(1) L'hystéro-épilepsie est discutée encore dans la littérature anglaise et surtout allemande. La notion hystéro-épilepsie de même que celle de *stygmates permanents* de l'hystérie est généralement attribuée à Charcot, mais ce n'est pas exact : la première est créé par Landouzy (1845), la deuxième appartient à Gendrin (1846).

l'épilepsie crée l'état mental défavorable à la suggestion et aux phénomènes pithiatiques. Le malade ayant de vraies crises épileptiques surtout fréquentes et dont il est atteint depuis longtemps, ne présentera que rarement les crises pithiatiques associées. L'association de l'épilepsie et du pithiatisme est un fait exceptionnel, le plus souvent, il s'agit d'une erreur de diagnostic.

---



## **Quelques observations illustrant l'association pithiato-organique**

---

Dans cette partie de notre travail, nous nous proposons de relater à titre d'illustration clinique, quelques observations de l'association pithiato-organique.

Ces observations furent recueillies dans le service de M. Babinski. Nous y ajoutons quelques cas démonstratifs empruntés à l'intéressante publication de M. Hurst.

Nous avons choisi les observations cliniques qui présentent en quelque sorte les cas-types de l'association pithiato-organique. Ces cas typiques sont pratiquement plutôt rares et ne peuvent s'observer que dans les grands services de neurologie qui laissent défiler devant l'observateur une quantité considérable de malades. L'élément pithiatique surajouté atteint dans ces observations le maximum de son développement. L'élément organique lui aussi, est bien déterminé. Ainsi ces observations ont l'avantage de nous permettre de mieux faire valoir les différents types des symptomocomplexes de l'association, et de nous laisser voir les rapports qui existent entre le syndrome organique et l'élément pithiatique surajouté.

**Obs. I. (1)** — Le malade B. N. ouvrier manœuvre, âgé de 55 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Thiroloix, le 25 janvier 1923.

Femme morte en 1900, suite de couches.

3 fils tués à la guerre (aucune maladie).

Le malade tousse depuis plus de 30 ans. Il ne s'est jamais arrêté de travailler; jamais d'hémoptysie jusqu'en octobre 1921. A cette époque, le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour albuminurie et maladie du cœur (œdème des membres inférieurs). Aurait eu des hémoptysies (sang noirâtre, ayant durée 5 semaines). Après un séjour de quelques mois, le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1922, étant guéri. Plus d'albumine, plus d'œdèmes. Il se sent si bien qu'il peut reprendre son travail (pourtant ne l'effectue que péniblement à cause de la toux, de la dyspnée, des accès asthmatiques).

Le 16 octobre 1922, il lui arrive un accident de travail. Il est renversé par une automobile. Fracture de la jambe droite, soignée en chirurgie; puis il passe en médecine pour bronchite chronique. Guérison de la fracture avec un peu de gêne fonctionnelle et des douleurs au genou droit.

Au moment de l'accident, fut contusionné et eut des douleurs provoquées lombaires et au flanc gauche. Aurait eu un abcès suivi de guérison à peu près complète. Le malade souffrait à peine en sortant de l'hôpital. L'attention du médecin à l'hôpital n'avait pas

---

(1) Nous devons cette observation à la complaisance de M. Laffourcade, interne des Hôpitaux.

été attirée de ce côté (douleurs). Seul, le médecin de l'assurance aurait été averti de cette douleur.

En janvier (le 25) 1923, le malade entre dans le service de M. Thiroloix pour des douleurs au flanc gauche. Il se plaint d'une difficulté de la marche et d'une douleur sourde, empêchant tout mouvement, irradiée vers le bassin et s'aggravant à la miction et à la défécation. De plus, le malade accuse des douleurs violentes et continues en ceinture et le long de la colonne vertébrale.

On ne trouve pas d'albuminurie. Dans la région dorso-lombaire, il n'y a ni voussure, ni œdème, ni rougeur; pas même de contractures musculaires, seulement une douleur provoquée, vive au-dessous de la face latérale de dernières côtes gauches.

Pensant plus ou moins à la possibilité d'un abcès profond, on fait une ponction qui reste négative. Une radiographie faite en même temps, ne montre rien d'anormal.

Aucun signe de lésion cardiaque. Aux poumons pas de râles, expiration soufflante prolongée aux sommets. Expectoration purulente.

Pas de troubles des réflexes, ni aucun autre signe de lésion organique du système nerveux.

Le malade ne présentant aucun signe objectif de lésion organique quelconque, l'idée de troubles pithiatiques, vient à l'esprit. Cette idée est d'autant plus admissible, que le malade est en instance de procès avec la compagnie d'assurance.

Il faut noter qu'une enquête fut faite auprès des parents et voisins du malade pour rechercher les ma-

nifestations de pithiatisme dans ses antécédents. Cette enquête fut négative. Le malade présentait toujours une mentalité bien équilibrée, était un travailleur sérieux. Mais depuis ce dernier temps, une modification de son caractère a été remarquée par les personnes de son entourage. Son humeur est devenue instable. Le malade a été éprouvé par la mort de ses trois fils, tués à la guerre. La maladie (nephrite) qu'il a eu en 1922, a rendu le travail pénible pour lui, et depuis il ne gagnait la vie que difficilement.

Partant de la supposition de phénomènes pithiatiques, on soumit le malade à la contre-suggestion. On lui promit que la pression forte sur les apophyses épineuses doit guérir ses douleurs et la difficulté de la marche. Cette pratique a parfaitement réussi. Le malade fut soulagé et devint capable de marcher normalement.

Mais quelques jours plus tard, vers le 20 février, à la suite de quelques désappointements personnels qu'il a eu la veille au sujet de son procès, le malade accuse la sensation d'une fatigue extrême dans tous les membres, se couche et ne se relève plus, accusant une paralysie des jambes. -

L'examen physique est fait de nouveau d'une façon complète. Le malade ne peut pas lever les jambes au-dessus du plan du lit. Les membres inférieurs sont raides et en extension. Tous les signes objectifs d'une lésion organique quelconque, font complètement défaut. Encore une fois, le malade se présente comme un pithiatique avec les phénomènes de paraplégie purement fonctionnelle. La justesse de cette hypothèse se

confirme comme la première fois ; une injection de 5 centimètres cube d'eau distillée dans la région dorsale, fait disparaître la paraplégie avec tous ses symptômes. Le malade complètement impotent se lève presque immédiatement et marche dans la salle. On s'aperçoit quand même que sa démarche n'est pas tout à fait normale.

Deux semaines après, le 25 février, le malade ressent de nouveau une violente douleur au flanc gauche qui le prend la nuit et le lendemain on le trouve très anxieux avec les mêmes symptômes de paraplégie. Sans procéder à un nouvel examen, on le fait passer dans le service de neurologie pour être présenté à M. Babinski.

M. Babinski l'examine et ne constate aucun signe de lésion organique, en notant seulement l'attitude et la démarche un peu particulière du malade. Il fait passer la paraplégie séance tenante par la contre-suggestion à l'aide de courant faradique accompagné de persuasion. Par mesure de précaution, M. Babinski recommande de faire la radiographie de la colonne vertébrale. 2 radiographies, faites l'une après l'autre à une semaine d'intervalle, sont toutes deux négatives.

Depuis cette consultation, le malade se trouve bien au moins un mois. Il marche bien et ne se plaint de rien. On le considère comme un pithiatique.

Mais au commencement d'avril, brusquement, et aussi en rapport avec les péripéties de son procès, le malade présente de nouveau des phénomènes de paraplégie spastique en extension. Cette fois-ci, l'injection

d'eau distillée ne produit pas d'effet curatif. Le malade est renvoyé chez M. Babinski, M. Babinski refait l'examen méthodique du malade et cette fois il constate :

1° Exagération et polycynésie de réflexes tendineux des membres inférieurs;

2° Extension des orteils bilatérale;

3° Exagération des réflexes de défense.

La troisième radiographie faite le même jour, montre une affection nette de la 11° et 12° vertèbre dorsale.

Le malade est placé dans un service de chirurgie où un corset plâtré lui est posé.

Au cours de l'application du plâtre, comme d'ailleurs pendant tout son séjour à l'hôpital, le malade se montre très difficile. Plusieurs fois on fut obligé de défaire le plâtre, car le malade coupait lui-même le corset, le trouvant mal posé.

La paraplégie continue à progresser, le malade maigrit et se cachectise. Il meurt à la fin du mois de mai 1923.

A l'autopsie, on trouve une carie du corps de la 11° D., un affaissement des vertèbres et une compression de la moelle.

## ANALYSE

L'observation que nous venons de citer est cliniquement très instructive. C'est un exemple démonstratif combien on doit être réservé au point de vue du pronostic en présence de cas de récidives de phénomènes pithiatiques, même si on ne trouve pas de signes de

lésion organique, même si ces phénomènes pithiatiques disparaissent infailliblement sous l'influence de la contre-suggestion. Ces phénomènes peuvent être parfois les seuls précurseurs et les premiers révélateurs d'un processus organique en évolution. Une surveillance sans parti pris s'impose dans des cas pareils et permet seule de découvrir les premiers signes organiques dès leur apparition.

L'observation citée peut servir d'illustration comment une épine organique inappréciable cliniquement, donne aux phénomènes pithiatiques surajoutés leur localisation et leur forme clinique en rapport direct avec la nature de cette épine. Elle leur sert de point de départ ainsi que nous l'avons indiqué en détail dans la partie précédente de ce travail.

Le caractère individuel des phénomènes pithiatiques présentés par le malade de cette observation, la façon de leur apparition parfois manifestement liée aux péripéties de son procès, leur disparition si facile à la suite des procédés psychothérapeutiques grossiers par leur simplicité, (comme la compression des apophyses épineuses), se trouve manifestement en rapport avec la personnalité du malade, simple ouvrier à esprit primitif.

Les phénomènes pithiatiques ont atteint chez ce malade une grosse expansion. Ils étaient quantitativement considérables. Les douleurs violentes, la paraplégie complète, étaient de nature à impressionner l'observateur. Et quel contraste avec la facilité presque ridicule de leur guérison réalisée à plusieurs re-

prises par des procédés simples qui sont à la portée de tous !

Ce malade se comporte évidemment comme un sujet extrêmement suggestionnable, et cette suggestibilité est un élément capital dans toute son histoire clinique. Ce qui augmente l'intérêt de ce cas, c'est que le malade, âgé de 55 ans, n'a jamais été connu comme une personne impressionnable, hyperémotive, avec exaltation de l'affectivité. Il n'a jamais eu de manifestations pithiatiques graves, qui certainement ne sauraient être oubliées. Au contraire, c'était autrefois un père de famille bien équilibré et travailleur sérieux.

Mais dans les dernières années de sa vie, on trouve les conditions qui, dans leur ensemble, ont pu diminuer la résistance morale du malade et le rendre instable au point de vue de la suggestibilité. Ses trois fils ont été tués pendant la même guerre, c'est-à-dire dans un espace de temps court. Le malade n'avait pas d'autres enfants. Il restait seul ayant dépassé la cinquantaine. La maladie grave (néphrite) qui durait plusieurs mois, priva le malade de forces physiques qui lui étaient nécessaires pour gagner sa vie. Rappelons que c'était un ouvrier manœuvre. Dans ces conditions, l'accident de travail qu'il avait subi, pourrait pratiquement, sinon sauver sa situation, au moins lui permettre d'espérer une indemnité intéressante. Tout y était pour préparer le terrain à l'auto-suggestion. La coïncidence des choses lui ajoutait le dernier élément qui manquait, le point de départ des phénomènes pithiatiques, une lésion organique de la colonne ver-

tébrale qui, longtemps, n'était qu'une épine cliniquement inappréciable.

Ainsi un sujet sans être constitutionnellement suggestionnable, par la coïncidence des facteurs spéciaux est devenu accidentellement suggestionnable à tel point que sur une épine organique se greffèrent des phénomènes pithiatiques impressionnants et d'expansion considérable.

**Obs. II.** — Mme G., 68 ans, entre dans le service de M. Babinski au mois de janvier 1922 pour l'impotence du bras gauche.

La malade est veuve (le mari est mort il y a 15 ans), n'a pas eu d'enfants. Elle exerçait jusqu'au dernier moment, la profession de couturière.

Les antécédents de cette malade, contiennent quelques points particuliers qui ont été communiqués par la malade spontanément.

A l'âge de 17 ans, la malade a été soignée dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière pour rhumatisme. Sa mère, morte au même hôpital, aurait été paralysée 4 ans avant la naissance de la malade.

Elle revient souvent sur ce point, son imagination paraît être impressionnée par le fait de cette paralysie maternelle.

La malade dans ses antécédents personnels n'a pas de maladies graves. Elle se rappelle pourtant avoir eu à l'âge de 50 ans une paralysie complète du bras droit, survenue brusquement et sans causes apparentes. Elle était venue à ce moment à la consultation de M. Babinski à l'ancienne Pitié. L'interne qui l'avait vue, aux

dières de la malade, l'aurait trouvée incurable, mais susceptible d'amélioration. On lui avait prescrit des injections de strychnine qui lui furent faites dans le service, sans grand résultat d'ailleurs. Mais un jour, venue à la consultation pour l'injection de strychnine, elle avait été témoin d'une séance d'électrisation. « Voilà ce qui me guérira certainement », s'était-elle dit, et avait insisté qu'on lui fasse l'électrisation de son bras paralysé. On lui avait appliqué un courant très douloureux, et sa monoplégie fut guérie instantanément et définitivement.

Sa maladie actuelle, débuta il y a 3 ans. La malade s'aperçut qu'elle ne voyait pas bien, sans pouvoir préciser en quoi consistait ce trouble de la vision. A l'hospice des Quinze-Vingt on ne trouva à cette époque rien d'anormal dans ses yeux.

Un an plus tard, la malade commença à éprouver dans son bras gauche d'abord, une sensation de gêne, puis, une difficulté des mouvements qui s'accroissait de plus en plus, jusqu'à l'empêcher de continuer son travail. La malade a dû quitter l'atelier pour aller à l'hôpital.

Au moment de son admission dans le service, l'état de la malade est le suivant :

La malade marche à petits pas : elle s'avance lentement, les moindres obstacles sur le sol, tels que les plis d'une alèze étalée, la gênent considérablement. En marchant, elle porte le côté gauche de son corps, le bras gauche et la jambe un peu en avant comme le font les hémiplegiques. Le bras gauche est raide, immobile, appliqué au tronc, légèrement en flexion, la

main en pronation; au niveau des doigts, on trouve des déformations articulaires à type rhumatismal (athétoïde).

Les mouvements passifs du bras et de la jambe gauche s'effectuent normalement dans tous les segments, mais révèlent une légère hypertonie, surtout au bras.

Les mouvements actifs sont exécutés par la malade d'une façon suffisante, quoique sont diminués en force et en ampleur. La malade peut plier, étendre, écarter les doigts de la main gauche à peu près normalement.

Au point de vue fonctionnel, la malade présente au bras gauche quelques phénomènes, particuliers par leur forme.

De temps en temps, tout son bras gauche et surtout la main se contractent dans une sorte de spasme violent très douloureux, si l'on juge d'après les réactions de la malade; à chacun de ces spasmes, qui sont fréquents, la malade se crispe et gémit.

La malade possède heureusement le moyen de faire cesser ce spasme. Pour cela, il lui suffit d'appuyer fortement avec le pouce de la main droite sur certains points (d'ailleurs très imprécis), dans le creux palmaire de la main gauche contractée. La malade interprète l'apparition des accès de spasme à sa manière; elle dit que ce spasme la prend sitôt qu'elle est heurtée par quelqu'un.

En dehors du spasme décrit, la malade présente constamment des mouvements rappelants par leur forme ceux de l'athétose, localisés à la main gauche et surtout aux doigts. Ces mouvements sont lents, désordonnés : ils consistent en mouvements d'extension

et de flexion extrême des doigts. Sauf, les dernières falanges qui restent fléchies, l'extension est suivie de flexion et de pronation de la main sur l'avant-bras, ces mouvements sont entrecoupés d'écartement des doigts, surtout du pouce. Le spasme et les mouvements ne se produisent pas pendant le sommeil.

La recherche des signes physiques décèle :

1° L'exagération manifeste des réflexes tendineux au membre supérieur gauche;

2° Aux membres inférieurs réflexes tendineux plus vifs à gauche;

3° Réflexes de Défense à gauche;

4° Hyperalgésie du côté gauche;

5° Tendence à l'extension de l'orteil à gauche;

6° Signe de la flexion combinée à gauche;

7° Diminution notable du sens stéréognostique à la main gauche.

A la suite de cet examen, la présence d'un élément organique considérable ne laisse pas de doutes; mais la nature pithiatique des phénomènes fonctionnels, tel que le spasme périodique du bras gauche semble très probable.

On fait à la malade, un simulacre de ponction rachidienne au niveau de la nuque en affirmant qu'aussitôt que « l'eau qui se trouve d'après elle dans sa tête » sera retirée, elle sera considérablement soulagée. Une grosse seringue remplie d'eau est montrée à la malade après la ponction. Cette contre-suggestion est suivi d'un succès complet et immédiat. Les mouvements athétoïdes disparaissent immédiatement. Il ne reste que quelques légers tremblements des doigts de

la main gauche. Le spasme intermittent du bras gauche ne se produit plus pendant plusieurs semaines.

La malade reste dans le service pour son hémiplegie gauche fruste. Les phénomènes pithiatiques récidivent fréquemment chez elle. Le spasme et les mouvements reparaissent, mais guérissent avec facilité par les procédés psychothérapiques élémentaires.

### ANALYSE

On voit que dans cette observation, comme dans la précédente, les éléments du symptomocomplexe de l'association pithiato-organique, sont aussi bien nets.

L'élément organique est représenté par des signes incontestables de lésion du système pyramidal. L'élément pithiatique est constitué par des phénomènes qui ont été guéris par la simple contre-suggestion.

Mais la comparaison de ces deux observations, nous montre aussi des différences importantes. Nous voyons que la malade G., a eu dans ses antécédents, des accidents manifestement pithiatiques : tel cette monoplégie droite, guérie en une seule séance d'électrisation, tel ses troubles de la vision qui ne traduisent aucune affection appréciable.

D'un autre côté, les souvenirs, peut être imaginaires, de sa mère paralysée, le séjour dans les hôpitaux, l'attitude de la malade pendant l'examen, la richesse de ses symptômes subjectifs, font la caractéristique de la mentalité spéciale de la malade ; elle est éminemment suggestionnable. D'après les éléments qui viennent d'être cités, nous pouvons dire que ce n'est pas

une suggestibilité accidentelle. Nous ne trouvons pas dans ses antécédents récents des facteurs suffisants pour expliquer cette suggestibilité extrême, comme c'était le cas dans l'observation précédente. Il est permis de penser que la malade est constitutionnellement suggestionnable. Si on objecte que l'histoire de sa monoplégie guérie par électrisation, est inventée par elle, une telle objection ne peut que renforcer notre hypothèse d'exaltation constitutionnelle de la suggestibilité, puisque dans ce cas la malade doit être classée dans le groupe des mythomanes, qui ont précisément une constitution hyper-suggestionnable et psychoplastique.

Une autre différence entre les deux observations, consiste en ceci : les phénomènes pithiatiques surajoutés à l'affection organique de Mme G., se présentent en quelque sorte dominés par le syndrome d'hémiplégie cérébrale et de ce chef, ces phénomènes pithiatiques auraient pu être attribués à tort à la lésion organique ; au contraire, dans l'observation du malade B. N. (obs. 1), ce sont les phénomènes pithiatiques qui font le gros du symptomocomplexe clinique.

La forme clinique de ces phénomènes pithiatiques (spasme-contracture, mouvements athétoïdes), de même que leur localisation sur le membre supérieur gauche se trouvent en tel rapport logique avec le syndrome organique de la lésion cérébrale, que leur nature pithiatique n'était pas à première vue évidente. La contracture intermittente douloureuse s'observe chez certains hémiplégiques à la suite des efforts physiques. La réalité clinique de l'affection de l'encéphale,

les troubles du sens stéréognostique avec conservation de la sensibilité superficielle et les déformations typiques des dernières phalanges cadraient bien avec les mouvements athétoïdes.

Ce n'est que la quantité de ces phénomènes pithiatiques (leur richesse et leur expansion), et leur qualité individuelle en rapport avec la personnalité mythomane de la malade qui ont empêché la confusion et ont amené à rechercher la part qui appartient au pithiatisme dans le symptomocomplexe de Mme G.

**Obs. III.** — Mlle B. C., 23 ans, employée de bureau, a eu en janvier 1920, une encéphalite épidémique et depuis un syndrome de Parkinson. Aspect figé, hypercrynîe, tremblement des doigts des deux mains, raideur, hypertonie musculaire, signe de la roue dentée, démarche lente, parole traînante et monotone.

Venue à la consultation de M. Babinski en 1922, elle fut soumise au traitement par la scopolamine en injections hypodermiques. La malade supportait bien le médicament et se sentait soulagée. Mais lorsque la dose du médicament graduellement augmentée, atteignit un milligramme par injection, la malade commença à éprouver les effets assez habituels de la scopolamine : sécheresse de la bouche, sensation de constriction de la gorge et vertiges. Ces vertiges se terminaient par « des crises de nerfs » que la malade décrivait ainsi : d'abord, elle ressent un vertige, puis quelque chose lui serre la gorge, elle tombe, pleure, ne se débat pas, ne perd jamais connaissance. La crise ne dure généralement que quelques minutes.

Comme la description des crises laissait pressentir leur nature pithiatique, la malade fut soumise par M. Babinski à l'épreuve de la crise pithiatique provoquée par le courant faradique. L'épreuve a parfaitement réussi, la malade fut assurée qu'en raison de cette crise réalisée par l'électrisation, elle n'en aurait plus. Les crises ont depuis complètement disparu.

Le point de départ de ces crises pithiatiques associées au syndrome parkinsonien, est probablement la sensation de vertige provoquée par la scopolamine. Il ne nous fut pas possible d'établir d'autres facteurs d'ordre suggestif qui participèrent dans la réalisation des crises chez cette malade. Sa suggestibilité a été démontrée par la crise pithiatique provoquée. La sœur de la malade qui assistait à toutes les crises de cette dernière (il y a en eu 6 ou 7 en tout), a noté spontanément, que ces crises ne s'accompagnaient par de grands mouvements, « comme cela arrive dans les crises de nerfs ». Ceci s'explique probablement par ce fait, que la raideur parkinsonienne, ne cède pas place à l'exaltation motrice de l'attaque hystérique.

**Obs. IV.** — Mme M., 74 ans, s'est présentée à la consultation de M. Babinski à la Pitié au mois d'octobre 1923, pour la difficulté de la marche qui l'immobilisait à la maison et pour des crises nerveuses qui la prenaient depuis quelques semaines presque chaque jour et même plusieurs fois par jour. Pendant ces crises, la malade tombe, ne perd pas connaissance, n'a pas de mictions involontaires; elle se plaint de maux de tête fréquents et de vertiges.

L'examen physique révèle une hypertension artérielle marquée (22-10 au Pachon). Du côté du système nerveux, la malade présente les phénomènes suivants : elle marche à petits pas en déplaçant à peine ses pieds. Son attitude est hésitante comme si elle avait peur de tomber d'un instant à l'autre. Examen physique démontre une diminution notable de la force musculaire au bras et à la jambe gauches ; adiadococynésie parétique de la main gauche.

Les réflexes tendineux un peu plus vifs à gauche.

Exagération de réflexes de défense à gauche.

Tendance à l'extension des orteils à gauche.

Pas de troubles labyrinthiques.

Ainsi au point de vue organique, la malade présente un syndrome d'hypertension artérielle avec quelques perturbations, pas très prononcées, de la voie pyramidale.

Le fait que la malade a pu se rendre à l'hôpital, était en certain désaccord avec la démarche hésitante, titubante sur place à petits pas qui empêchait tout déplacement pratiquement utile. D'un autre côté, les phénomènes physiques d'hémi-parésie légère gauche n'étaient pas de nature à justifier suffisamment cette impotence concernant seulement la marche. Quant aux crises, vu les maux de tête, les vertiges et l'hypertension artérielle, elles pouvaient être considérées comme des crises rhésmiques d'épilepsie symptomatique fruste.

Pour éclairer ces points, la malade a été soumise à la contre-suggestion en ce qui concerne sa démarche.

Après une courte électrisation de la région sacrée, accompagnée de persuasion, la malade marche mieux

que son âge ne le permet d'exiger. A plusieurs reprises, elle traverse la salle de consultation à grands pas rapides. Ainsi l'abasia pithiatique surajoutée au syndrome hypertensif était démontrée. De ce fait, la nature pithiatique des crises devient assez probable; et en effet, très facilement, une crise pithiatique a pu être provoquée par le courant faradique. La malade constate que cette crise est « tout à fait la même chose » que ses crises spontanées, elle est même tombée à gauche comme cela lui arrive le plus souvent dans ses crises.

La malade assurée qu'elle n'aura plus de crises, est partie avec l'indication de revenir quelques jours plus tard pour traitement électrique et seignée. A son retour, elle déclara qu'elle n'a plus eu de crises. La seignée n'a pas été faite à la première consultation, donc dans l'état physique de la malade n'intervenait aucun nouveau élément pour qu'on puisse lui attribuer la suppression de crises si c'étaient des crises épileptiques symptomatiques. Ces crises étaient guéries par simple contre-suggestion, donc leur nature pithiatique était incontestable.

Les vertiges, phénomènes très communs chez des hypertendus surtout âgés, ont servi probablement de point de départ à la fois aux crises et à l'abasia qui présentaient des phénomènes pithiatiques surajoutés au syndrome organique de la malade.

**Obs. V.** — M. M., âgé de 45 ans, curé, s'est présenté dans le service de M. Babinski, au début de 1922,

pour aphonie complète, dont il était atteint depuis quelques jours à la suite d'une laryngite.

L'examen physique a révélé quelques caractères de laryngite chronique peu grave. Les fonctions des cordes vocales, ainsi que des muscles ont été trouvés indemnes de toutes lésions, de même que l'état de la muqueuse des parties avoisinantes.

L'aphonie si complète, que le malade ne parlait qu'à voix chuchotée, ne trouvait donc pas de justification organique. Le curé M., était sujet à des obsessions et était toujours très suggestionnable. Ce dernier temps il était très préoccupé de sa laryngite surtout à cause de la gêne qu'elle apportait à l'exercice de ses devoirs professionnels.

L'aphonie pithiatique, est un phénomène d'observation banale. Dans le cas étudié, il ne pourrait s'agir que d'aphonie de cette nature, associée à une laryngite sous l'influence d'un complexe intra-psychique du malade.

La contre-suggestion à l'aide d'un fort courant faradique rendit sur place, la voix au curé. Pour le rassurer complètement, il était invité à chanter quelques psaumes religieux. D'abord, il n'y arriva qu'aidé par le courant faradique appliqué à la gorge. Quelques séances de psychothérapie l'ont rétabli définitivement.

Dans ce cas, l'aphonie pithiatique s'est greffée sur une laryngite qui déjà, par elle-même, entravait dans une certaine mesure les facultés phonétiques du malade.

**Obs. I, de M. HURST** (*In the Lancet* 1919, 1. p. 370).

La paraplégie hystérique et le signe de Romberg hystérique chez un tabétique.

Mécanicien B., âgé de 28 ans, était blessé par un éclat d'obus à Salonique le 19 janvier 1917. Après avoir repris connaissance, il constata qu'il était incapable de marcher. Malgré le traitement par l'électricité, hypnose et massage à Malte, il resta paraplégique. Quand il fut admis à l'hôpital de Netley le 8 janvier 1918, sa paraplégie était considérée comme une paraplégie hystérique, et il apprit très vite à marcher normalement. Jusqu'au 13 février, il se portait bien à tous les points de vue et aurait été renvoyé au service militaire, si on n'avait pas constaté chez lui des troubles pupillaires. La pupille droite était plus large que la pupille gauche; celle-là était de contour ovale et ne réagissait ni à la lumière, ni à l'accomodation; le contour de la pupille gauche était également un peu irrégulier et présentait un signe d'Argyll-Robertson typique. Les réflexes rotuliens et achilléens étaient normaux.

Son médecin militaire, pensant qu'il doit avoir le tabès, lui demande s'il n'a jamais senti d'étourdissement ou de tendance à tomber quand il a les yeux fermés. Il répondit d'une façon affirmative, et étant soumis à la recherche du signe de Romberg, a donné une réaction positive bien marquée, qui est devenue encore plus marquée au cours des examens suivants. Ultérieurement, cela était reconnu comme erroné, puisque les réflexes tendineux rotuliens et achilléens, étaient normaux, montrant qu'il ne doit pas y avoir une perte

considérable du sens musculaire dans les jambes. On a conclu par conséquent, que le signe de Romberg était provoqué involontairement au cours de l'examen. Cette opinion a été confirmée quand, deux jours plus tard, toutes les traces de ce signe ont disparues sous l'influence de contre-suggestion.

**Obs. II**, de M. HURST (*In the Lancet* 1919, 1. p. 370).

Paraplégie ataxique hystérique, associée à l'ataxie de Friedreich.

Le malade B., est devenu il y a deux ans, progressivement incapable de marcher dans l'obscurité, mais ce n'est qu'en octobre 1917, après avoir été envoyé en France avec un bataillon de travailleurs et six mois après, qu'il avait rejoint l'armée, qu'il a commencé à avoir quelque difficulté de la marche également pendant le jour. Plusieurs fois, il était arrêté par la police militaire qui le soupçonnait d'être ivre, parce que sa démarche était instable. Après une grippe, en juin 1918, l'ataxie est devenu encore plus accentuée et depuis, il ne sort que dans une chaise roulante. La difficulté de la marche progressait jusqu'au temps de son admission à Seale Hayne Hospital le 12 octobre 1918.

Dr W. H. Haupt, nous a renseigné que le père du malade était un buveur avéré et syphilitique; il contamina la mère du malade. Son frère est un grand infirme et ne quitte jamais la maison. Il y a huit ans, ses mains sont devenues instables et il était obligé de quitter le travail. Dr Haupt relate qu'il a une cyphose et une incurvation latérale de la colonne vertébrale, un pied bot, une abolition des réflexes rotiliens, un

réflexe plantaire en extension, un signe de Romberg marqué, du nystagmus, une parole hésitante particulière, presque bégayante et un tremblement intentionnel. Il est très émotif, rie et pleure à la moindre occasion; il est presque sourd. D<sup>r</sup> Haupt le regarde comme un cas typique d'ataxie de Friedreich.

La parole de notre malade est légèrement affectée, et il existe des changements soudains de l'intonation, comme s'il avait une voix cassée. Au moment de l'admission, il pouvait à peine faire quelque chose avec une extrême incoordination, et il tombait fréquemment quand il essayait de marcher sans aide étrangère. Il était très instable étant debout et il tombait immédiatement quand il fermait les yeux. Il y avait une cyphose faible, mais nette, et les voutes plantaires étaient hautes d'une façon anormale des deux côtés. Le réflexe plantaire était difficile à rechercher, mais semblait se faire en extension. Quand on le priait de verser de l'eau de la carafe dans un verre, une incoordination nette se voyait dans ses bras et beaucoup d'eau se répandait autour. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Le diagnostic d'ataxie de Friedreich était fait.

Puisqu'on supposa que sa démarche ataxique pouvait être en partie fonctionnelle, on le soumit au traitement par persuasion et rééducation. Il apprit à marcher assez bien dès le premier jour du traitement, les exercices pratiqués une demi-heure par jour ont continué le progrès de la première amélioration. Une semaine après que le traitement était commencé, la démarche est devenue presque normale et l'instabilité

se révélait seulement aux moments quand le malade soudainement changeait de direction. Les mains du malade bientôt devinrent si sûres qu'il put devenir un potier irréprochable.

**Obs. III**, de M. HURST (*In the Lancet*, 1919, 1. p. 372).

Hémiplégie hystérique avec persistance de signes de l'affection organique consécutive à une commotion par éclat d'obus, guérie par psychothérapie après une durée de 8 mois.

Le malade T., âgé de 28 ans, était admis à Seale Hayne Hospital, le 20 juin 1918, pour hémiplégie du côté gauche qui s'est développée il y a huit mois, à la suite d'une blessure par éclat d'obus. Il ne pouvait rester debout qu'avec l'aide de quelqu'un et était presque incapable de marcher. Il y avait de signes nets d'une lésion organique du système nerveux. Le réflexe plantaire gauche était en extension, le réflexe abdominal était aboli, les réflexes tendineux achilléen, rotulien du poignet et du coude, étaient plus vifs du côté gauche, il y avait une trépidation épileptoïde continue du pied.

Malgré cela, on eut l'impression que l'état du malade était en grande partie conditionné par l'hystérie et il était soumis à un traitement intensif par persuasion et rééducation. Au bout d'une heure, on le fit marcher et courir, mais il a fallu de 5 à 6 jours pour obtenir une démarche normale et l'attitude naturelle du bras gauche, qui était d'abord porté par le malade en avant de sa cuisse gauche. Deux semaines plus tard, un neurolo-

giste distingué qui visait l'hôpital, voyant le malade jouer au billard, n'a pas pu deviner de quel côté le malade était atteint, quoique tous les signes physiques d'une lésion organique du système nerveux étaient encore présents et n'étaient pas encore disparus deux mois plus tard à la sortie du malade de l'hôpital.

---

**Méthode de l'observation objective  
du symptomocomplexe  
pithiato-organique.**

---

Ainsi qu'il nous semble ressortir du précédent, la portée clinique de l'élément pithiatique surajouté à différentes affections organiques, est d'une importance primordiale, surtout en neurologie. L'observateur doit constamment tenir compte de cet élément pithiatique surajouté comme d'un facteur très fréquent d'erreurs d'interprétation des résultats fournis par l'examen des malades. En vue de ce facteur, il est obligé d'instituer une méthode d'observation clinique qui pourrait en quelque sorte l'assurer contre de telles erreurs.

Dans la partie de ce travail que nous abordons maintenant, nous voulons essayer de décrire dans leurs traits généraux, ce qui devrait être une telle méthode d'observation clinique. Ici, comme ailleurs, nous nous sommes servi de l'expérience et de l'enseignement que nous avons trouvé dans le service de M. Babinski. Lui-même et ses élèves, parmi lesquels M. A. Charpentier et M. Jarkowski en particulier, ont publiés plusieurs travaux concernant la technique d'investigation clinique du système nerveux. Nous ne ferons donc que ré-

sumer une fois de plus, les différents points élémentaires de l'observation clinique objective selon l'école de M. Babinski. Nous ne parlerons que des détails d'ordre psychologique concernant l'observateur et l'observé et d'ordre technique concernant la pratique de séméiologie du système nerveux. Quelques-uns diront peut-être que ce sont des choses si simples, si évidentes et connues d'avance, qu'il est inutile d'y insister davantage. C'est vrai, les détails de l'observation clinique que nous voulons résumer, sont si élémentaires, que généralement on n'en parle pas et n'y pense même pas. Quant à nous, ces choses élémentaires nous semblent d'un tel intérêt et d'une telle importance pratique que nous n'hésitons pas à leur réserver quelques pages dans notre travail. « Ce sont des détails », a dit M. Babinski, « mais la clinique est faite de ces détails ».

Les principes généraux de la méthode d'observation clinique, dont l'application est dictée par le facteur psychique-pituitaire surajouté, peuvent être résumés ainsi :

- 1° L'observateur doit se contrôler lui-même;
- 2° L'observateur doit éviter de suggestionner à son insu, le malade observé;
- 3° L'observateur doit poursuivre l'examen clinique du malade d'une façon objective et dans de bonnes conditions de technique séméiologique;
- 4° Les phénomènes faisant partie du symptomo-complexe donné, qui en entier ou en partie, ne trouvent pas de justification dans l'état physique du malade, doivent être soumis à l'épreuve de guérison ou d'amélioration par contre-suggestion ou persuasion.

## I

Le premier principe de la méthode d'observation clinique, consiste en ce que pendant l'examen clinique l'observateur doit constamment se contrôler lui-même. Ce contrôle se réalise tout d'abord en ce que l'observateur ne se laisse suggestionner ni par le malade, ni par ses propres idées préconçues, qui peuvent entraîner son jugement sur une fausse route. Ce n'est pas la recherche d'une telle ou autre étiquette clinique pour le cas donné qui est le principal but de l'examen d'un malade, mais uniquement la recherche des signes physiques-objectifs présents chez le malade.

Nous avons indiqué plus haut, comment un observateur en présence d'un symptomocomplexe d'association pithiato-organique peut être enduit en erreur par la prédominance d'un des deux éléments de l'association. Les phénomènes pithiatiques surajoutés à une affection organique peuvent être en accord logique avec les troubles organiques attribués à cette affection; le malade sera considéré comme entièrement organique, tandis qu'il ne l'est qu'en partie. Inversement les troubles fonctionnels pithiatiques éveillés par une épine organique inappréciable, peuvent faire oublier la possibilité même de cette épine, qui continue pourtant à évoluer : le malade est considéré à tort comme un pithiatique simple.

D'un autre côté, le malade arrive souvent chez le médecin avec un diagnostic tout fait, convaincu de la nature de sa maladie et du genre de traitement qui lui convient. Le médecin à son insu peut devenir lui-même

la victime de la suggestion. Le malade par ses interprétations peut imposer au médecin, une fausse route qui l'amènera à une erreur de diagnostic s'il ne sait pas se contrôler. Il ne faut pas écouter le malade mais l'observer constamment dans toutes ses réactions physiques et psychiques.

## II

Le second principe de la méthode d'observation clinique, consiste en ce que l'observateur doit éviter soigneusement au cours de l'examen clinique, toute possibilité de suggestionner le malade à son insu, soit directement, soit indirectement. L'interrogatoire du malade et l'examen de la sensibilité des différents appareils sensoriels, accumulent le plus facilement les fautes de cet ordre.

M. Babinski ne se lasse pas d'insister sur ce point dans ses publications et dans son enseignement clinique. En interrogeant le malade, il convient d'apporter les plus grands soucis à la façon dont on formule les questions. Dans le cas contraire, on suggère au malade les réponses sans qu'on puisse en juger l'objectivité. C'est ainsi que le médecin cherchant une étiquette clinique au lieu d'observer objectivement, posera au malade une série de questions dans l'ordre des symptômes de la maladie supposée. Il ne reste plus au malade que de répondre, oui ou non. Ce qu'il ne fera nullement en rapport avec son état, mais en rapport avec sa mentalité plus ou moins suggestionnable et la nature de ses interprétations subjectives. La recherche de sensi-

bilité souffre inévitablement de la subjectivité puisque en compte finale elle est soumise au critère du malade; très souvent, au lieu d'éclairer l'observation, cette recherche la prive de la moindre valeur clinique, étant faite par quelqu'un qui ne sait pas obtenir du malade des réponses spontanées et non suggérées. « Sentez-vous que je vous touche ? est-ce chaud ou froid ? » telles sont les formules qui mènent à des erreurs grossières de diagnostic. Malgré les avertissements de M. Babinski contre ces façons d'interroger le malade, on commet ces fautes encore très fréquemment. On peut dire sans craindre l'exagération, que c'est une sorte de « bonnes manières » cliniques qu'il convient d'acquérir par l'auto-éducation si on veut examiner le malade d'une façon impeccable.

L'histoire critique de l'hystérie sert d'illustration extrêmement instructive, comment toute une époque de la médecine a été créée par les erreurs d'observation à défaut de la méthode clinique objective selon les deux principes que nous avons exposés.

### III

Le troisième principe de la méthode d'observation clinique, un principe souvent négligé, comme les précédents, consiste en ce que l'observateur doit poursuivre l'examen d'un malade dans l'esprit de différenciation de l'organique et du psychique dans le symptocomplexe donné et rechercher les différents signes cliniques dans de bonnes conditions d'examen. Ainsi ce principe se divise en deux chapitres.:

A. L'observateur doit tâcher de différencier dans chaque cas donné, ce qui est organique de ce qui ne l'est pas, ce qui est par conséquent psychique ou pithiatique.

M. Babinski à qui revient le mérite d'avoir contribué dans une mesure si importante à la séméiologie du système nerveux, divise les symptômes où les phénomènes présentés par les malades nerveux en deux groupes : 1° les phénomènes que la volonté, la suggestion, l'hystérie ne peuvent point reproduire ou ne le peuvent qu'imparfaitement, et 2° les phénomènes cliniques qui peuvent être reproduits par la volonté, la suggestion, l'hystérie (Babinski, A. Charpentier). Ainsi, par exemple, le signe d'Argill-Robertson, le signe de Babinski, l'abolition des réflexes sont des phénomènes cliniques appartenant au premier groupe de cette classification, la contracture d'un membre, le signe de Romberg, la démarche titubante ou spasmodique appartiennent au second groupe.

M. Hurst divise les phénomènes cliniques en trois groupes : « Le premier groupe », dit-il dans sa publication sur « l'élément hystérique dans les affections organiques du système nerveux central », « est constitué par des phénomènes qui donnent une preuve visible et décisive de la modification dans la structure du système nerveux, tels que la névrite et l'atrophie du nerf optique, ou la présence de cellules anormales dans le liquide céphalo-rachidien. Egalemeut décisif est le second groupe de signes physiques, ceux qui sont entièrement hors du contrôle de la volonté tels que le signe d'Argill-Roberstson, la réaction de dégénéres-

cence, l'abolition des réflexes tendineux. Le troisième groupe de signes sont ceux qui peuvent être imités plus ou moins bien par chacun qui les a étudiés, mais l'occurrence de tels signes n'aura pas, vraisemblablement, de place chez quelqu'un à la suite d'auto-suggestion, ces signes ne seront pas imités non plus par un simple simulateur, s'il ignore que des signes pareils accompagnent généralement la maladie qu'il croit ou qu'il prétend avoir.»

Dans l'étude analytique du symptomocomplexe de l'association pithiato-organique, de même que dans les observations cliniques de telles associations nous avons insisté plus d'une fois sur l'importance capitale de cette différenciation de phénomènes cliniques présentés par le malade.

La différenciation d'un symptomocomplexe donné en phénomènes organiques et phénomènes psychiques ou pithiatiques, est souvent le côté le plus difficile de l'observation, mais aussi le plus important. La première tâche de l'observateur dans cette différenciation consiste à établir ce qu'il y a d'organique dans le tableau clinique présenté par le malade. La recherche de la justification organique des phénomènes présentés par le malade sert à l'observateur de point d'orientation, grâce auquel il arrive, peu à peu, à se former une opinion sur l'état du malade et de sélectionner ainsi les phénomènes qui ne sont pas justifiés par son état organique, qui sont donc psychiques-pithiatiques. Ainsi, l'étude de phénomènes cliniques que la volonté, la suggestion, l'hystérie ne peuvent reproduire, mérite l'attention toute spéciale du clinicien.

En ce qui concerne la clinique des maladies nerveuses, la recherche de signes objectifs d'une lésion organique du système nerveux, est basée sur quelques prémisses spéciales. Nous nous permettons de les formuler ainsi :

1° L'investigation du système nerveux centrale ou périphérique, ou des différents appareils de relation doit être poursuivi autant que possible, à l'insu du malade. Le sujet observé, par tous les moyens compatibles avec le respect de sa personnalité, doit être mis en état d'un automate qui réagit sous le contrôle de l'observateur et en dehors de toute participation de sa propre conscience (du « moi »).

Dans cet ordre d'idées, les yeux du malade doivent être bandés pendant tout l'examen du système nerveux qui n'exige pas nécessairement la participation de vision de l'observée. Pendant l'examen de la sensibilité cette occlusion des yeux doit être une règle rigoureuse. Il est utile d'invoquer ici la notion de réflexes dits « conditionnels » de Pavlov (r. complexes associatifs de Bechterew, distants de Sherrington), qui se produisent chez l'individu constamment et en masse par l'intermédiaire des perceptions visuelles. Touché avec un pinceau ou avec un tube de verre rempli de glace, ou piqué avec une épingle au niveau d'une partie de la surface cutanée, le malade qui voit tous ces actes et les suit attentivement, reçoit des perceptions parfaitement adéquates de touché ou de la piqûre, ou du froid intense, grâce aux réflexes conditionnels qui se produisent par l'intermédiaire de la vision et parfois même sans la moindre participation de la sensibilité

cutanée tactile, thermique ou douloureuse, qui peut être profondément troublée.

On n'oubliera pas de même que l'ouïe est également une voie importante à toute sorte de réflexes conditionnels; on prendra garde de ne pas compromettre l'objectivité de la recherche, par exemple, de la sensibilité thermique, en demandant un tube d'eau chaude ou un tube avec de la glace, de façon que le malade l'entende; malgré que ses yeux soient fermés, il fera intervenir dans ses réponses la notion de chaud et de froid, même si la sensibilité tactile est seule conservée.

Tous les « réflexes conditionnels » du malade doivent être bien escomptés par l'observateur et réduits au minimum possible, ainsi que M. Pavlov l'exige pour l'expérimentation du système nerveux central, il convient par toute sorte de précaution de barrer l'accès aux excitateurs conditionnels, qui peuvent troubler les résultats objectifs de l'examen d'une façon souvent imprévue.

Ainsi, pendant l'examen de la sensibilité cutanée, il convient de se garder de commettre une erreur d'interprétation en commençant l'exploration de la sensibilité cutanée par les zones à sensibilité normale et passant ensuite dans les zones d'hypo ou anesthésie. En cherchant à établir avec précision les limites des modifications de la sensibilité cutanée, il convient d'explorer la même surface dans deux directions inverses de la zone de sensibilité normale vers la zone de sensibilité anormale et vice-versa. En partant de la zone de sensibilité normale on trouve la sensibilité normale là, où elle est déjà modifiée, en partant de la zone de

sensibilité modifiée, on trouve des troubles sensitifs là, où elle est normale. La vraie limite entre ces deux zones, se trouve au milieu de deux lignes établies par deux explorations d'orientation contraire. Cette bande plus ou moins large de sensibilité tantôt normale, tantôt modifiée, suivant la direction d'exploration, est le résultat de réflexe conditionnel qui intervient dans les perceptions tactiles, douloureuses ou thermiques du malade. Le rôle de ce réflexe conditionnel devient encore plus manifeste dans le cas, quand l'observateur provoque les perceptions sensibles d'une façon rythmique. On invite le malade dont les yeux sont bandés, à compter à haute voix chaque fois qu'il sent la piqûre ou le contact. On commence dans la zone normale, le malade compte d'abord en accord parfait avec les excitations faites rythmiquement. On dépasse la limite d'hypoesthésie ou même d'anesthésie, conservant toujours le même rythme des piqûres et des touchers, le malade continue à compter comme s'il sentait bien les piqûres ou autres perceptions. Le mécanisme psychophysiologique est le même, le malade perçoit bien et directement les excitations parties des zones normales. La voix et le rythme établissent (comme un métronome chez le chien), le réflexe conditionnel. Le malade perçoit non seulement parce qu'il sent qu'on le touche ou qu'on le pique, mais également parce qu'il compte et entend; il continue à annoncer les piqûres et les attouchements même quand l'observateur a dépassé la limite de la zone normale et excite les zones hypo ou anesthésiées. Il suffit de changer le rythme, d'arrêter la série des excitations, le malade continuera à

compter encore trois ou quatre fois, même plus, avant de se rendre compte que les perceptions n'existent plus (l'inhibition du réflexe conditionnel prendra le dessus sur l'excitation épuisée).

Il convient donc d'explorer la sensibilité successivement dans les directions inverses, exciter les perceptions à intervalles variés, inviter le malade de temps en temps à indiquer l'endroit où il perçoit la sensation.

De même, le malade énervé, exalté, n'est pas en conditions favorables pour l'examen objectif; l'exaltation de l'automatisme psychique complique l'appréciation de tous les réflexes conditionnels. Il faut qu'il devienne calme et indifférent le plus possible au moment de l'investigation clinique.

2° En faisant l'investigation d'une partie du système nerveux, recherchant un signe clinique, il convient d'observer en même temps<sup>o</sup> tout l'ensemble du malade, puisque toutes les parties du système nerveux, même les plus éloignées physiologiquement et anatomiquement, se trouvent en corrélation complexe et étroite. Il est nécessaire pour cela de mettre le malade à nu pendant l'examen neurologique. C'est une mauvaise méthode que d'explorer le système nerveux à travers les vêtements. En examinant les réflexes tendineux, le malade étant vêtu, on ne remarque pas qu'il se raidit et on trouve souvent à tort une abolition des réflexes. Les réflexes rotuliens<sup>o</sup> faibles peuvent ne se révéler que par une contraction du quadriceps crurale, sans que le mouvement d'extension de la jambe se produise.<sup>o</sup> Une vusure de la colonne vertébrale peut

éclairer d'emblé le symptomocomplexe donné par la douleur à la pression, par sa localisation et son aspect extérieur. Faisant l'investigation au niveau des pieds du malade, on ne manquera pas d'observer aussi sa figure. Recherchant le réflexe de défense par le pincement du dos du pied parfois on ne trouve pas le signe recherché, mais on aperçoit que d'un côté du corps le pincement provoque une grimace, tandis que de l'autre le malade ne réagit nullement. Ainsi, on constate une hypéresthésie ou une hypoesthésie légère que le malade peut présenter sans le savoir. Cette petite grimace spontanée donne des renseignements plus objectifs, que l'exploration de la sensibilité instituée avec toutes les précautions de l'interrogatoire et de technique.

3° Ainsi, nous avons indiqué deux règles essentielles de l'examen du système nerveux : 1) contrôle de la subjectivité du malade et 2) observation de tout l'ensemble de réactions du malade au cours de l'exploration de différentes parties du système nerveux.

Il nous faut maintenant indiquer<sup>e</sup> quelques règles d'appréciation des phénomènes constatés.

Dans l'examen neurologique d'un malade, en particulier pendant la recherche de réflexes tendineux, il convient de tenir compte de la loi des différences individuelles (Babinski, A. Charpentier), un même réflexe n'est pas d'intensité égale chez tous les sujets. Chez deux sujets normaux les réflexes rotuliens ou autres peuvent être d'intensité fort différente. Celui-là n'implique pas la conclusion qu'un de ces sujets soit normal et l'autre non. Pour pouvoir affirmer<sup>e</sup> qu'une

réaction est pathologique, nous devons nous baser sur certains critères qui peuvent être de plusieurs ordres :

a) Les uns sont donnés par la loi de symétrie des réactions. (Babinski, A. Charpentier). Ainsi une même réaction, réflexe tendineux radial ou autre, réflexe à la lumière de l'iris, perception tactile ou autre, tonus musculaire, etc., sont égaux à gauche et à droite chez un sujet normal si la réaction est provoquée à gauche et à droite dans les mêmes conditions de technique.

b) Les autres ressortissent à la qualité, c'est-à-dire à la forme et à la nature de la réaction provoquée. Ainsi, suivant que le réflexe plantaire se fera en extension ou en flexion, que les réflexes tendineux seront policynétiques ou non (monocynétiques), que le réflexe radial se fera en flexion ou en extension, que la pupille réagira à la lumière et à l'accommodation ou seulement à l'un de ces deux modes d'excitation, que la perception correspondra à l'excitation cutanée ou non, dans tous ces cas, ces réactions seront considérées comme normales ou pathologiques selon leur qualité telle ou autre.

c) Les autres enfin sont fournis par la quantité de la réaction. La réaction de la pupille à la lumière d'un ou de deux côtés, peut être seulement ralentie sans être abolie ou manifestement inégale. Les réflexes tendineux peuvent être également exagérés des deux côtés, mais seulement au niveau d'un seul segment médullaire (réflexes radiaux seuls exagérés), c'est alors leur intensité (critère quantitatif), qui retiendra l'attention de l'observateur et lui donnera un élément d'appréciation objective.

B. La recherche de différents signes physiques doit être accomplie dans de bonnes conditions d'examen. La position du malade suivant tel ou autre signe qu'on recherche, la technique d'exploration de ce signe, l'attitude de l'entourage qui assiste à l'examen, sont des conditions importantes d'observation clinique objective et méthodique. Plus le signe clinique recherché a de valeur séméiologique, d'autant plus rigoureuses seront ces conditions: « Beaucoup de médecins, — dit « M. Charpentier, — qui d'ailleurs, percutent parfaitement le poumon, le cœur ou le foie, croient savoir « examiner un réflexe tendineux, alors que leur méthode est déplorable ». C'est ainsi qu'on voit souvent examiner les réflexes rotuliens en percutant avec le rebord de la main, le malade n'étant même pas dévêtu; les constatations faites dans de telles conditions n'ont aucune valeur clinique.

Les réflexes tendineux (achilléen par exemple), sont considérés comme abolis dans beaucoup de cas uniquement parce que le malade a été mal placé pendant l'examen. Il faut dix fois tourner et retourner le malade avant d'affirmer que les réflexes sont vraiment abolis. De même, on constate la différence entre les réflexes des deux côtés parce que les réflexes des deux côtés ont été recherché dans les conditions différents d'attitude et d'excitation. Il convient d'utiliser les différents procédés d'homogénéisation des réflexes tendineux. Celui indiqué par M. Babinski est particulièrement efficace et maniable (1).

---

(1) Ce procédé consiste en électrisation faradique du segment opposé à celui qu'on examine. Pendant la recherche du

De même, la recherche de réflectivité pupillaire n'aboutit à rien, ou même à des erreurs, si le malade est examiné dans une pièce trop éclairée. En cherchant le Réflexe de Défense, on pince le pied trop fort et provoque la réaction de défense volontaire et non réflexe. Parfois, on ne constate pas le signe de Babinski chez un malade tout simplement, parce que ses pieds sont refroidis, il suffit de les mettre dans l'eau chaude pour quelques minutes que le réflexe apparaisse nettement dans sa forme physiologique ou pathologique. On constate au contraire l'extension réflexes d'orteils qui, en réalité, est provoquée par le malade volontairement, par hasard ou par simulation, (ce dernier cas est rare, il est vrai), mais si on prend soin d'observer la contraction réflexe de la fascia lata du même côté, on distinguera, certainement, une extension réflexe de celle produite volontairement. Nous ne pouvons pas entrer ici dans l'étude plus détaillée de ce principe de la méthode d'observation clinique objective. C'est un sujet qui mérite un travail spécial et auquel ont été consacrées déjà plusieurs publications appartenant à différents auteurs français et étrangers. Les principales de ces publications, nous avons mentionnées dans l'index bibliographique.

---

reflexe rotulien à gauche on électrise la cuisse droite : pendant l'examen d'un reflexe rotulien, c'est au mollet du côté opposé qu'on applique deux électrodes. Ainsi on voit apparaître les reflexes tendineux là ou ils semblaient être absents, et s'ils paraissent inégaux, cette inégalité s'efface ou, au contraire, s'accroît de façon à enlever les doutes.

#### IV

Enfin, le quatrième principe général de la méthode d'observation clinique objective consiste en ce que les phénomènes faisant partie d'un symptocomocomplexe clinique donné et qui ne trouvent pas leur justification dans l'état organique du malade, sont soumis par l'observateur à l'épreuve de guérison ou de reproduction par la contre-suggestion. Cette épreuve qu'on peut appeler *l'épreuve du pithiatisme*, est pratiquée après examen du malade selon les principes déjà étudiés, qui permet à l'observateur de différencier d'une façon d'autant plus objective qu'il est possible, la part organique et la part pithiatique dans le symptocomocomplexe donné. L'épreuve de guérison par persuasion ou de reproduction par suggestion d'un phénomène quelconque constitue un critère objectif d'une grande valeur. Cette épreuve fournit à l'observateur les renseignements sur la nature psychique-pithiatique de certains phénomènes présentés par le malade, de même que la recherche de signes physiques le renseigne sur la nature organique d'autres manifestations. Ainsi l'épreuve du pithiatisme est un complément des plus utiles de l'observation clinique objective. En présence d'une impotence fonctionnelle plus importante que la recherche de signes organiques objectifs ne le permet pas d'attendre, en présence d'une paralysie, d'une aphonie, d'une démarche classique qui sont en désaccord avec les signes organiques, l'observateur ne pourra se former une opinion objective qu'après avoir observé la façon dont ce phénomène (ou plutôt le

malade), se comporte vis-à-vis de l'épreuve du pithiatisme. Si on peut dire que le fait qu'un phénomène ne peut pas être reproduit par la volonté, la suggestion, l'hystérie, suffit à lui seul pour affirmer sa nature organique; au contraire, le fait qu'un phénomène clinique peut être reproduit par la volonté, la suggestion, l'hystérie ne suffit pas de dire qu'il est nécessairement psychique-pithiatique, même à défaut du moindre signe objectif d'une lésion organique. Le critère négatif oriente l'opinion de l'observateur, mais ne l'établit pas. Pour cela, il lui faut avoir un critère positif. Prenons par exemple, le signe de Romberg. Ce signe peut être reproduit par la volonté, par la suggestion, par l'hystérie, mais il ne s'en suit pas que l'astasia du malade, soit nécessairement pithiatique. La constatation du signe d'Argill-Robertson et de l'abolition des réflexes achilléens, permettra à l'observateur de supposer qu'il existe un point de départ organique pour cette astasia; pourtant ceci ne l'autorisera non plus à conclure qu'elle soit pleinement justifiée par les lésions organiques. Si l'observateur soumet le malade à la contre-suggestion et si l'astasia disparaît, on a la preuve qu'il s'agit d'astasia pithiatique surajoutée; si malgré une contre-suggestion intense, l'astasia ne se modifie en rien, on est autorisé à la juger pratiquement comme entièrement organique.

Comment se fait l'épreuve du pithiatisme? — Nous avons dit que la guérison ou la reproduction de phénomènes psychiques-pithiatiques se réalise par suggestion. Nous avons employé ce terme, — suggestion, parce qu'il désigne un moyen d'action sur les phéno-

mènes pithiatiques le plus direct et le plus élémentaire. De la suggestion dérivent tous les autres procédés, par l'ensemble desquels est constituée la psychothérapie en général. Qu'on mette en œuvre l'hypnotisme, la psychothérapie persuasive ou le « torpillage », c'est toujours la suggestion qui est en jeu.

En clinique le procédé d'épreuve du pithiatisme le plus pratique qui n'est ni trop brutal comme le torpillage galvanique, ni trop long comme l'isolement ou la méthode persuasive de Dubois de Berne, est celui qu'applique généralement M. Babinski. C'est une suggestion aidée du courant faradique, « la persuasion armée », comme l'appelait Dupré. Dans les cas résistants on y associe la rééducation en plusieurs séances. Ce procédé d'épreuve et de cure des phénomènes pithiatiques est un remarquable moyen d'exploration clinique. L'avantage le plus précieux de ce procédé est qu'il permet à l'observateur d'apprécier sur place, séance tenante, la nature de phénomènes cliniques présentés par le malade, et si la nature pithiatique des phénomènes est démontrée, on ne laisse pas le malade de traîner ces phénomènes, on l'en débarrasse avant qu'ils soient remplacés par d'autres phénomènes pithiatiques, ainsi qu'il arrive souvent au cours du long traitement par la psychothérapie persuasive. Il ne convient pas de combattre l'hystérie par la « guerre de tranchée ». (Babinski).

L'épreuve du pithiatisme peut donner, suivant le cas, des résultats différents et fournir des éléments d'observation de nature différente.:

1° Ces résultats de l'épreuve du pithiatisme peuvent

être *nettement positifs*. Les phénomènes cliniques présentés par le malade et soumis à l'épreuve, sont guéris par la persuasion, ou sont reproduit séance tenante par la suggestion. Un tel résultat positif de l'épreuve du pithiatisme enlève tout doute possible sur la nature pithiatique de ces phénomènes qui constituent tout le tableau clinique ou en font seulement une partie.

2° Les résultats de l'épreuve du pithiatisme peuvent être *partiellement positifs*. Dans ce cas, trois éventualités sont à envisager :

a) Les phénomènes cliniques soumis à l'épreuve du pithiatisme ne sont pas guéris, mais sont manifestement améliorés et cette amélioration persiste. Tel est le cas de l'association pithiato-organique typique avec exagération (accentuation ou aggravation), pithiatique des phénomènes fonctionnels d'origine pourtant organique (point de départ de phénomènes pithiatiques surajoutés).

b) Les phénomènes cliniques soumis à l'épreuve du pithiatisme, ne sont pas guéris, mais sont modifiés, cette modification n'était que relative est très passagère. C'est le cas de phénomènes para-ou pseudo-pithiatique que nous avons mentionné dans le précédent.

c) Les phénomènes cliniques soumis à l'épreuve du pithiatisme sont guéris ou manifestement améliorés, mais cette guérison et cette amélioration ne persistent pas, et les phénomènes cliniques récidivent plus ou moins tard d'une façon plus ou moins complète. C'est là l'éventualité qui nécessite toute la réserve et la perspicacité du clinicien. La récurrence des

phénomènes pithiatiques guéris une ou plusieurs fois par contre-suggestion, peut être dû à des différentes causes. Dans chaque cas, il incombe au médecin la tâche de rechercher la cause de la récurrence. Derrière ces récurrences peut se cacher ou une maladie mentale, ou une affection organique. L'une et l'autre peuvent être de pronostic sérieux, il est donc d'un intérêt clinique primordial de rechercher cette cause.

Parfois, les phénomènes pithiatiques récidivent parce que la contre-suggestion n'était pas suffisamment intense, ce qui d'ailleurs est assez rare. Si la contre-suggestion était suffisante une fois pour faire disparaître les phénomènes pithiatiques, il n'y a pas assez de raison de la considérer comme insuffisante tout simplement parce que les phénomènes pithiatiques récidivent. Il convient plutôt de chercher la cause des récurrences dans l'hyper-suggestibilité persistante du malade. Cette persistance d'hyper-suggestibilité peut être due à deux facteurs. Les phénomènes pithiatiques récidivent parce qu'ils traduisent un trouble mental considérable. Le début de démence précoce est accompagné souvent et de bonne heure, de manifestations pithiatiques (Seglas, Chaslin, Reynaud, Kraepelin, Bleuler, Minkowski). Ces phénomènes préhébéphréniques, portent d'ailleurs le cachet de discordance psychique dont sont atteints ces malades. En dehors de l'hébéphrénie dans les cas de récidivisme pithiatique, il convient de penser à la débilité mentale simple. Les débiles sont sujets à des manifestations pithiatiques extrêmement variables, qui guérissent aussi facilement qu'ils récidivent. D'autre part, les phénomènes pithia-

tiques peuvent récidiver chez des gens mentalement normaux, mais qui présentent une épine organique inappréciable et persistante qui sert de point de départ, d'excitateur, à des phénomènes pithiatiques surajoutés, ainsi que nous l'avons mentionné plusieurs fois dans ce travail.

d) Le résultat de l'épreuve du pithiatisme peut être partiellement positif dans ce sens, que les phénomènes qu'on croit être pithiatiques ne se reproduisent pas, mais le malade manifeste des phénomènes pithiatiques différents de ceux qu'on lui suggère. Ainsi par exemple, au lieu d'avoir une crise, il devient aphone. Ce résultat est positif seulement dans le sens, que ce malade est suggestionnable, mais en ce qui concerne la nature des troubles qu'il présente spontanément (les crises), l'épreuve est négative et démontre que selon toute vraisemblance, il ne s'agit pas de phénomènes pathiatiques.

3° Enfin, les résultats d'épreuve du pithiatisme peuvent être *complètement négatifs*. Les phénomènes soumis à l'épreuve du pithiatisme, ne sont ni guéris, ni même modifiés d'une façon quelque peu considérable.

Ici, il peut s'agir de phénomènes organiques. Les résultats négatifs de l'épreuve du pithiatisme, apportent au clinicien un critère négatif en faveur de l'organicité des phénomènes cliniques donnés, de même que les résultats positifs de cette épreuve, sont un critère positif contre l'organicité de ces phénomènes.

Le résultat négatif de l'épreuve du pithiasme peut être dû, dans certains cas à la résistance du malade, familiarisé déjà précédemment avec la procédure de

suggestion qui lui est appliquée par l'observateur. Les malades qui ont fait déjà leur stage dans les divers établissements médicaux, qui ont passé par de nombreux et de fréquents examens et consultations médicaux, peuvent mettre en échec l'observateur tout simplement parce que ce dernier, dans son attitude vis-à-vis du malade et dans le procédé de contre-suggestion mis en œuvre, n'a pas tenu compte de cette expérience. L'épreuve du pithiatisme n'a pas de technique spéciale et uniforme pour tous les cas d'observation. Cette technique, de même que toute l'attitude du médecin vis-à-vis du malade doit être variée d'un malade à l'autre, doit être subordonnée au niveau intellectuel du malade, à sa personnalité. Ainsi l'observateur doit se comporter, en présence du symptomocomplexe pithiato-organique, en psychologue, ce qui revient au même, en observateur.

---

## CONCLUSIONS

---

Les conclusions que nous voudrions tirer de cette étude de l'association pithiato-organique, sont les suivantes :

I. — L'association de l'élément pithiatique à une affection organique est due à l'auto-suggestion ou à l'hétéro-suggestion.

1) Comme origine de l'auto-suggestion, il convient d'envisager le plus souvent l'intérêt personnel du malade.

2) Comme origine de l'hétéro-suggestion, il convient d'envisager : *a*) l'attitude maladroite du médecin vis-à-vis du malade et une mauvaise méthode d'observation; *b*) l'influence de l'entourage du malade.

II. — L'association de l'élément pithiatique au syndrome d'une affection organique est un phénomène clinique d'observation banale. Le fait de cette association ne contient pas en soi même quelque chose de pathologique. A plus haute raison ce fait n'implique pas nécessairement l'idée d'une maladie mentale.

III. — Dans certains cas plus rares, l'élément pithiatique de l'association est particulièrement considérable

et indique un état mental neuropathique hypersuggestionnable. Cette exaltation de la suggestibilité, peut être :

1° Accidentelle, comme conséquence plus ou moins directe de différents facteurs d'ordre extrinsèque, tels que les difficultés d'existence, misères psychiques et morales, surmenage, maladies organiques traînantes, émotions répétées et fréquentes, qui favorisent la désagrégation de la personnalité du malade, exaltent son automatisme psychique, affaiblissent son auto-contrôle et rendent ainsi le malade facilement suggestionnable;

2° Constitutionnelle, comme conséquence plus ou moins directe de tares neuropathiques héréditaires de différentes causes défavorables, intervenant au cours de développement du sujet et au cours de la formation de sa personnalité.

IV. — Dans certains cas, encore plus rares, l'association de l'élément pithiatique aux différents syndromes organiques peut coïncider avec les troubles mentaux graves, tels que le début d'hébéphrénie, la débilité mentale prononcée, l'hypersuggestibilité des malades pareils étant en rapport avec leurs troubles mentaux.

V. — L'association pithiato-organique peut être due à une simple coïncidence des phénomènes pithiatiques et des phénomènes organiques sans qu'il y ait le moindre rapport de cause à l'effet entre ces deux éléments de l'association. Nous désignons ces cas comme associations pithiato-organiques *par coïncidence*.

VI. — L'association de l'élément pithiatique à une affection organique peut être une manifestation secondaire de l'affection organique, en quelque sorte subordonnée à cette dernière. Les troubles pathiati-ques dans ce cas se trouvent en rapport plus ou moins évident et logique avec les troubles organiques. Les phénomènes pithiatiques surajoutés à l'affection orga-nique, se servent de cette affection comme de point de départ. Nous désignons ces cas comme association pithiato-organiques *par dépendance* de manifestations pithiatiques de l'affection organique.

VII. — Dans tous les cas d'associations pithiato-organiques par coïncidence ou par dépendance, le ca-ractère individuel des phénomènes pithiatiques se trouve en rapport immédiat avec la personnalité du malade, avec son niveau intellectuel surtout, avec le niveau de son instruction, avec sa profession, avec tous les facteurs qui agissent sur sa personnalité.

VIII. — Dans les cas de l'association pithiato-orga-nique par dépendance, les phénomènes pithiatiques, en ce qui concerne leur localisation et leur forme clini-que, se trouvent en rapport avec la nature de l'affec-tion organique qui leur sert de point de départ, avec la forme et la localisation de troubles organiques causés par cette affection.

IX. — Il n'existe pas d'éléments spéciaux, qui, à eux seuls rendraient certaines affections organiques particulièrement favorables, et certaines autres ré-fractaires à l'association de l'élément pithiatique.

Cette association dépend tout d'abord de la mentalité plus ou moins suggestionnable du malade et de la suggestion qui agit sur lui. Mais il existe certaines affections qui plus souvent que les autres s'accompagnent de modifications de caractère du malade, telles par exemple, que la sclérose en plaque ou le tabès, et dans les symptomocomplexes cliniques desquelles la participation de l'élément pithiatique plus ou moins considérable est fréquente. D'un autre côté, certains états graves, l'état prémortel par exemple, ne s'accompagnent pas de manifestations pithiatiques. Enfin le mal comitial, l'épilepsie grave et de longue durée agit sur la mentalité des malades en les rendant mal suggestionnables, psychoplastiques et dans une certaine mesure réfractaires au pithiatisme, en particulier aux crises de grande H.

X. — Certains phénomènes manifestement organiques, tels que le syndrome de Parkinson postencéphalitique, athétose, chorée, spasmes, tics, troubles respiratoires postencéphalitiques, quoique pouvant être modifiés par la persuasion ou une autre psychothérapie, ne sont pas des phénomènes pithiatiques surajoutés à ces affections organiques, puisque leur modification sous l'influence de la persuasion, n'est que très superficielle et passagère. Ces phénomènes méritent le nom de *para* ou *pseudo-pithiatiques* (Babinski, A. Charpentier).

XI. — Certains phénomènes cliniques, qui font partie surtout du syndrome parkinsonien postencéphalitique, peuvent inciter l'observateur non avisé à les re-

garder comme des phénomènes de nature pithiatique. Tels sont par exemple, un figement très prononcé ou un mutisme stupeureux, entrecoupés par des moments où les malades deviennent capables de se lever, peuvent exécuter des mouvements, comme s'ils étaient guéris, parlent comme des gens normaux. Tels sont les phénomènes inverses qui surviennent chez des postencéphalitiques en apparence, guéris et qui se traduisent par des accès de stupeur, qui font penser à une véritable récurrence d'encéphalite. Telle est enfin la dissociation paradoxale entre certains actes volontaires, par exemple, la possibilité de courir chez des malades qui ne peuvent pas marcher.

Ces phénomènes sont en dehors de toute suggestion et ont un mécanisme organique. On peut les désigner sous le terme de *phénomènes paradoxaux* du syndrome postencéphalitique.

XII. — L'association de l'élément pithiatique aux différents syndromes organiques constitue un facteur d'importance primordiale, en clinique neurologique surtout.

Tantôt c'est l'élément pithiatique qui occupe par son expansion et par sa nature, tout le tableau clinique; dans ce cas, c'est l'élément organique qui peut passer inaperçu. Tantôt c'est l'élément organique du symptocomplexe, qui attire entièrement l'attention de l'observateur, qui a ainsi la tendance d'attribuer à l'affection organique aussi les phénomènes dont la nature est pithiatique.

XIII. — Vu cette importance pratique du facteur pi-

thiatique dans les différents symptomocomplexes, la nécessité d'une méthode d'observation clinique objective, qui tient compte de ce facteur psychique-pithiatique, s'impose au clinicien.

Les principes généraux de cette méthode sont les suivants :

1° Se contrôler soi-même pendant l'observation du malade;

2° Eviter de le suggestionner au cours de l'observation;

3° Etudier le tableau clinique donné :

a) Selon le principe de différenciation objective de phénomènes que la volonté, la suggestion, l'hystérie, ne peuvent reproduire, et de ceux qui peuvent avoir cette origine.

b) En appliquant une technique rigoureuse d'exploration de différents signes cliniques.

4° Les phénomènes qui ne trouvent pas leur justification dans l'état organique du malade, doivent être soumis à l'épreuve de guérison par la persuasion ou de reproduction par la suggestion. On peut appeler cette épreuve, *épreuve du pithiatisme*.

XIV. — L'épreuve du pithiatisme, telle qu'elle est pratiquée par M. Babinski, c'est-à-dire, à l'aide du courant faradique accompagné de persuasion, a les avantages cliniques précieux devant les autres méthodes psychothérapeutiques.

a) Cette épreuve est applicable à tous les malades quel que soit le niveau de leur intelligence et dans toutes les conditions, ce qu'on ne peut pas dire de

l'hypnotisme qui réussit mal avec les malades instruits et intelligents.

b) Cette épreuve ne comporte aucun inconvénient pour les malades quel que soit leur état physique et l'état de leur impressionnabilité psychique; ce qu'on ne peut pas dire de la méthode du « torpillage » galvanique. « Cure rapide », telle qu'elle était pratiquée par M. Cl. Vincent, est une méthode de choix en temps de guerre, dans le milieu et les conditions militaires. Elle est inutilement brusque dans la pratique clinique ordinaire, et peut être dangereuse pour les malades affaiblis, hypertendus, ou trop impressionnables.

c) Cette épreuve donne immédiatement le critère du pithiatisme et, une fois le diagnostic établi, permet à l'observateur d'agir vite pour débarrasser le malade, séance tenante, des phénomènes pithiatiques, faisant partie de son symptomocomplexe. Les méthodes lentes exigeant plusieurs séances de persuasion, de rééducation ou de psycho-analyse laissent le malade traîner ses phénomènes pithiatiques qui sont souvent remplacés par d'autres phénomènes pithiatiques d'origine médicale.

XV. — L'épreuve positive du pithiatisme donne un critère absolu pour l'appréciation de la nature pithiatique des phénomènes cliniques donnés; l'épreuve négative du pithiatisme donne un critère facultatif pour l'appréciation de la nature organique probable de ces phénomènes.

XVI. — L'épreuve du pithiatisme n'a pas de technique uniforme dans tous les cas, mais doit être pratiquée d'une telle ou d'une autre façon, en rapport avec la personnalité du malade.

Vu: Le Doyen  
H. ROGER

Vu: Le Président de thèse  
M. Ch. ACHARD

Vu et permis d'imprimer  
le Recteur de l'Académie de Paris:  
P. APPELL

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### I.

*Introduction.* — Historique. — Origine et nature de l'élément pithiatique. — Facteur suggestif. — Rôle de l'émotion dans le pithiatisme. — Hystérie et simulation. — Casuistique générale.

BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. (Paris, Masson, 1918.)

BABINSKI. — Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (Pithiatisme). Conférence faite à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris. (Séance du 28 juin, 1906.)

— Définition de l'hystérie. Société de Neurologie. (Séance du 7 novembre 1901.)

— Hypnotisme et l'hystérie. Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891.)

— Associations de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. Société méd. des Hôpitaux de Paris. (11 novembre 1892.)

- Hystérie. (*Revue générale de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1915.)
- BABINSKI et DAGNAN-BOUVERET. — Emotion et hystérie (*Journal de psychologie normale et pathologique*, Paris, 1912.)
- BAFF. — The ethiology of hysteria. (*Boston M. and S.*, J. 1921.)
- BENON. — Crises hystériques. (*Revue générale de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1923.)
- BERNHEIM. — Le mot hystérie; quel doit être sa signification médicale. (*Revue gén. de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1917.)
- BRÖSE. — Hystérie und Frauenkrankheiten. (*Berliner klin. Wochensch.*, 1921.)
- CARUTHERS. — On the instinctive factor in hysteria. (*J. Roy. Méd. Corps.*, London, 1923.)
- CHARCOT. — Leçons de mardi. (1886-1889.)
- CHASLIN. — Élément de séméiologie et de clinique mentales. (Paris, Asselin, 1912.)
- CESBRON. — L'histoire critique de l'hystérie. (*Th. de Paris*, 1908-1909.)
- CRUCHET. — L'indemnisation des accidents hystériques. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1919.)
- DRYSDALE and GARDINER. — Hysterical hemiplegia; rapport of a case resulting from a schrapnelle wound of the scalp and presenting interesting clinical features. (*Journ. Am. Méd. Ass.*, Chicago, 1919.)
- FREUD S. — Introduction à la psychanalyse. (Payot. 1922.)

- GATTI. — Emotione e suggestione nella genesi de l'isteria. (*Clin. Méd. Ital., Milano*, 1912.)
- HURST. — Psychology of the special senses and their functional disorders. (*Croonian lect., London, Lancet*, 1920.)
- Studies on Hysteria. Seale Hayne Neurol. (*Stud. London*, 1918-1920.)
- HOMBURGER. — Die Körperlichen Erscheinungen der Kriegshysterie, (*Munch. Méd. Wochensch*, 1916.)
- KAHN. P. — L'hystérie. (*Bull. Méd., Paris*, 1923.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Psychogénèse d'une crise hystérique. (*An. Méd. Psych., Paris*, 1917.)
- LEWIN. — Das hystérie problem. (*Monatsh. f. Psych. u. neur., Berlin*, 1920-1921.)
- MINKOWSKI E. — Impressions psychiatriques d'un séjour à Zürich. (*An. Méd., Psyc.* 1922.)
- Schizophrenie et la notion des maladies mentales. (*Encéphal., 1922.*)
- MATHEWSON. — The psychique factor in medical practice. (*Méd. Journ. Australia, Sydney*, 1920.)
- MOLLET. — Notes sur l'hystérie. (*Journ. de Méd. de Paris*, 1920.)
- NATHAN. — Hystéria. (*Boston M. and S. J.* 1920.)
- PAGE. — Nature et caractère de l'hystérie. (*Monde médical, Paris*, 1920.)
- PRINCE. — Babinski's Théorie of hystéria. (*Journ. Nerv. and Ment. Dis. N.-Y.* 1920.)
- REICHARDT. — Der jetzige Stand der Lehre von der Hysterie. (*Deutsche méd. Woch, Leipzig, Berlin*, 1921.)
- SYMNS. — The responsability of medical officers in

- the developpement of hysterical symptoms in soldiers. (*Seale Hayne Neurol. Stud.*, London, 1918.)
- WOLF and BREDING. — Hysterical afonia associated with latent syphilis. (*Journ. Am. Méd. As.* 1919.)
- PAVLOV. J. P. — An address on the investigation of the higher nervous functions. (*Brit. M. J.*, London, 1913.)

## II

- Associations pithiato-organiques. — Point de départ organique des manifestations pithiatiques. — Associations hystéro-organiques par coïncidence.
- AMBLARD. — Rétrécissement mitral et hémiplegie gauche chez un hystérique gaucher. (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1907.)
- BABINSKI. — Association organo-hystérique. (*Rev. Neur.*, 1915, Paris.)
- CHARCOT. — Associations de l'hystérie avec la sclérose en plaques; le mal de Pott, le tabès, la myopathie. (Leçons de mardi.)
- COMBY. — Fièvre hystérique. (*Bul. Mem. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1921.)
- DELMAS. — Paralysie complexe du membre supérieur par coup de feu; association hystéro-organique. (*Arch. gen. de la méd.*, Paris, 1907.)
- FRY. — The pithiatic mask. J. Missouri. (*M. Ass. St.-Louis*, 1921.)
- GIRANDEAU. — Rétrécissement mitral pur et hystérie. (*Arch. gen. de Méd.*, Paris, 1890.)

GUYOT. — Aphonie hystérique. (*Rev. méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1918.)

HOWE. — Fever in hysteria. (*Neurol. Bul.* N.-Y., 1919.)

HURST and SYMNS. — Hystérical aphonia in soldiers. (*J. Laringology*, London, 1919.)

— The hysterical élément in organic disease and injury of the central nervous system. (*The Lancet*, London, 1919.)

LACAZE. — L'hystérie qui s'associe et qui simule. (*Thèse de Toulouse*, 1907-8.)

LAIGNEL-LAVASTINE. — L'association d'hémiplégie hystérique et de diplégie cérébrale infantile. (*Rev. Neurol.*, Paris, 1901.)

LEMOINE. — Etude symptomatique des pseudo-anévrysmes de l'aorte d'origine hystérique. (*Nord. Méd.*, Lille, 1911.)

LÉPINE et FROMENT. — Hystérie et insuffisance rénale. (*Lyon, méd.*, 1911.)

LÉPINE. — Hystérie, insuffisance rénale, rétention chlorurée. (*Rev. de Méd.*, Paris, 1911.)

LEHRMAN. — Analysis of a conversion hysteria superimposed on an diffuse central nervous system lesion. (*J. Nerv. and. Ment. Dis.*, Lancaster, 1921.)

LISSBOTT. — Association hystéro-organique. (*Journ. de Neurol.*, Bruxelles, 1901.)

ROGER. — Deux cas d'association de sclérose en plaques et d'hystérie. (*Montpellier, méd.*, 1911.)

SOUQUES. — Etude de syndrome hystérique simulateur. (Association de l'hystérie avec sclérose en plaques, tabès, syringomyliè). *Thèse de Paris*, 1891.)

VINCENT. — Des effets de l'hyper — et de l'hypo-chloruration alimentaire chez les hystériques. (*Bull. et Mém. de la Société méd. des Hôp. de Paris*, 1904.)

### III

Encéphalite épidémique. — Syndrome Parkinsonien.  
— Troubles pithiatiques et pseudo-pithiatiques.

BABINSKI, JARKOWSKI et PLICHET. — Kinésie paradoxal. — Mutisme parkinsonien. (*Soc. de Neurologie* I. XII, 1921.)

BABINSKI et A. CHARPENTIER. — Communication à la Société de Neurologie sur les troubles du rythme respiratoire post-encéphalitique. (*Rev. Neurol.*, 1915.)

BÉNARD et ROQUIER. — Les modifications humorales au cours du pithiatisme grave; narcolepsie pithiatique et encéphalite léthargique. (Paris, Méd., 1921.)

GUILAIN et LÉCHELLE. — Diagnostic différentiel entre narcolepsie pithiatique et l'encéphalite épidémique. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1920.)

FERNANDEZ SANZ. — Dos casos de letargo hystérico; diagnostico diferencial con llammada encéfalitis letargica. (*Méd. Ibero.*, Madrid, 1920.)

### IV

Associations hystéro-épileptiques.

DUCASTÉ. — De l'épilepsie consciente et mnésique. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-9.)

- MAC DOUGALL. — Hystéria from the point of view of epilepsy. (*The Lancet*, London, 1920.)
- FALRET. — De l'état mental des épileptiques in « Leçons cliniques de médecine mentale ». (J.-B. Baillière, 1854.)
- GRAVES. — Commentary on a case of hystero-epilepsy with the delayed puberty. (*The Lancet*, London, 1920.)
- CHARCOT. — Hystéro-épilepsie. (Leçons recueillies par Guinon, 1892.)
- HÜNTGEN. — Über die Combination von épilepsie und hystérie. (Inaug. Dissert. Frankfurt am Main, 1917, *Neur. Centralblatt*, 1919.)
- MINKOVSKA. Mme F. — Recherches généologiques et problèmes touchant au caractère en particulier à celui de l'épileptoïdie. (*An. Méd. Psych.*, 1923.)
- MARCHAND. — Hystérie et épilepsie. (*Presse médicale*, 1920.)
- KÜHN. — Hystérie als complication der épilepsie in Kindesalter. (*Neur. Centralblatt*, Leipzig, 1919.)
- REIMANN. — Zur Frage des Behandlung isterischer Anfälle. (*Neur. Centralblatt*, 1919.)

V

Pithiatisme et troubles physiopathiques.

- BABINSKI et FROMENT. — Sur l'hypothèse de pathogénie de troubles physiopathiques. (*Revue Neurol.*, 1917.)
- Troubles physiopathiques d'ordre réflexe; association avec l'hystérie. (*Presse Méd.*, 1917.)

- Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. (Paris, Masson, 1918.)
- H. CLAUDE et LHERMITTE. — Les modifications dynamogéniques des centres nerveux inférieurs dans les paralysies et contractures fonctionnelles.) (*Presse médicale*, 1918.)
- GLORIEUX. — Un cas d'œdème hystérique. (*J. de Neurol.*, Paris, 1911.)
- HURST and WILKINSON. — Hysterical anesthesia with special references to the hysterical élément in the symptoms arising from injuries to periferal nerves. (*Seale Hayne Neurol. Stud.*, London, 1918-19-20.)
- LEBAR. — Sur l'œdème hystérique. (*Bul. et Mém. de Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1915.)
- KLIPPEL. — Les limites de l'hystéro-traumatisme. Les troubles fonctionnels inhibitoires associés aux lésions organiques. (*Paris médical*, 1912-13.)
- ROUSSY, BOISSEAU, OELSNITZ. — Eléments de prédisposition et causes déterminantes des troubles secondaires de l'hystérie. (L'immobilisation ou inutilisation vicieuse; le terrain circulatoire, l'état mental). (*Presse médicale*, 1918.)
- ROUSSY et LHERMITTE. — Psychonévrose de guerre. (Paris, Masson, 1917.)

## VI

Méthode d'observation clinique du symptomocomplexe pithiato-organique. — Méthodes psychothérapeutiques.

- Contre-suggestion faradique. — Cure rapide. — Persuasion. — Epreuve du pithiatisme.
- BABINSKI. — Introduction à la séméiologie des maladies du système nerveux. Des symptômes objectifs que la volonté est incapable de reproduire. De leur importance en médecine légale. (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1904.)
- Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. (*Gaz. des Hôp.*, 1900.)
- De l'épilepsie spinale fruste. Soc. de Neurol. de Paris, 1906.)
- Contractures organiques et hystériques. (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1893.)
- Du phénomène des orteils et de sa valeur séméiologique. (*Semaine méd.*, 1898.)
- Des signes permettant le diagnostic différentiel entre les affections nerveuses hystériques et organiques. (*La Clinique*, Paris, 1911.)
- Exposé des travaux scientifiques. (Paris, 1913.)
- BROCA. A. — Coxalgie hystérique. (*Presse médicale*, Paris, 1911.)
- A. CHARPENTIER. — Des principaux signes que la volonté, l'hystérie, la suggestion ne peuvent pas reproduire (*Bul. méd.*, 1907.)
- ESPENEL. — Diagnostic de l'hémiplégie hystérique. (*Thèse de Lyon*, 1910-11.)
- HURST. — The rapide cure of hysterical symptoms in soldiers. (*Seale Hayne, Neurol. Stud.*, 1918, London.)
- JAMISON. — Somme common difficulties in the diffe-

rencial diagnosis of hysteria. (*Neurol. Bul. N.-Y.*, 1919.)

LERY. — A propos de l'hystérie, sur un cas d'hémi-anesthésie organique presque pure. (*Paris médical*, 1916.)

PAVLOV. I. P. — Les principales lois de l'activité du système nerveux central dans leur expression dans les réflexes conditionnels. (*Le Médecin Russe*, Saint-Pétersbourg, 1912.)

— L'inhibition des réflexes conditionnels. (*Journal de Psychologie normale et patholog.*, Paris, 1913.)

— The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals. (*Science*, N.-Y., and Lancaster, 1906.)

WOHLWILL. — Ueber ein Phénomène bei der Untersuchung hysterischer anesthésie. (Störungs phénomèn.) (*Neurol. Zentralbl.*, Leipzig, 1918.)

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. — Introduction . . . . .                                                                                                   | 5   |
| II. — Etude analytique de l'association pithiato-organique au point de vue de chacun des deux éléments qui la constituent.... | 17  |
| 1° L'Association pithiate-organique au point de vue de l'élément pithialique surajouté . . . . .                              | 18  |
| 2° L'association pithiate-organique au point de vue de l'élément organique....                                                | 32  |
| III. — Quelques observations illustrant l'association pithiato-organique . . . . .                                            | 61  |
| IV. — Méthode de l'observation objective de l'association pithiato-organique . . . . .                                        | 85  |
| V. — Conclusions . . . . .                                                                                                    | 107 |
| VI. — Bibliographie . . . . .                                                                                                 | 115 |

---





---

IMPRIMERIE DES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

---



